NEUROLOGJA POLSKA

TOM II. ZESZYT IX. LISTOPAD — GRUDZIEŃ 1912.

PRZYCZYNEK DO KWESTJI PSYCHOZ SKOMBINOWANYCH I ANATOMJI PATOLOGICZNEJ PORAŻENIA LANDRY'EGO.

podał

M. BORNSTEIN.

Z oddziału psychjatrycznego w szpitalu na Czystem (M. Borstein) i z pracowni neurobiologicznej (E. Flatau) Warszawskiego Tow. Naukowego.

(Z 2 tablicami).

Przypadek niniejszy z dwojakich względów zasługuje na uwagę—przedewszystkiem ze stanowiska psychjatrycznego, albowiem mamy w nim do czynienia z istotnym zespołem dwóch psychoz różnorodnego pochodzenia, co wogóle nader rzadko się spostrzega; pozatem zaś i z tego względu, że badanie anatomopatologiczne (dokonane przytem przy pomocy niektórych nowych metod według Dojnikowa i Rachmanowa) stanowi nowy przyczynek do ustalenia neurytycznej postaci porażenia Landry'ego.

Wiadomo, iż kwestja zapalenia nerwów obwodowych, jako

anatomicznego podłoża w porażeniu Landry'ego, podniesiona została po raz pierwszy przez Leydena. Później opracowywali ją w całym szeregu przypadków i rozwiązali w sensie twierdzącym Centanni, Eisenlohr, Pitres i Vaillard, Eichhorst, Nauwerk i Barth i in.[1]). Atoli sam Leyden przyjmuje, że w tych przypadkach porażenia Landry'ego, w których za podłoże uważał zapalenie nerwów obwodowych, do tego procesu chorobowego przyłączała się jeszcze sprawa zapalna rdzenia. Ten sam pogląd podzielali Jolly, Rernhardt, Pribytkow, Kriwerein, Déjérine, a potem Reuss uważali zmiany w układzie nerwowym obwodowym za wtórne, natomiast Eisenlohr i Rolly byli zdania, że schorzenie korzeni i nerwów obwodowych (zwłaszcza według Rolly'ego ich najcieńszych rozgałęzień mięśniowych) wystarcza, ażeby wywołać porażenie Landry'ego.

Przypadek niniejszy o tyle potwierdza to przypuszczenie, że badanie anatomopatologiczne zdołało wykazać ciężkie zmiany w układzie nerwowym obwodowym, podczas gdy w rdzeniu niepodobna było wykryć żadnych zmian zapalnych. Przy bliższem omawianiu zmian anatomicznych wrócimy jescze do kwestji, czy i w jakim stopniu wolno uważać zapalenie nerwów obwodowych za podłoże anatomiczne porażenia Landry'ego.

W związku z historją choroby zajmiemy się jednak przedewszystkiem klinicznopsychjatryczną stroną przypadku.

Chora S. K., lat 39, została zapisana na oddział dnia 29 października 1909 roku. Od pięciu miesięcy cierpiała ona na szum w głowie, ogólne osłabienie, brak apetytu, uczucie wewnętrznego zimna i przygnębienie. Wkrótce zaczęła zdradzać urojenia o charakterze depresyjnym i myśl o samobójstwie. Twierdziła, że jest ścianą, portretem, a nie osobą żyjącą; zaczęła głodzić się, twierdząc, że jeść nie może, że pęknie, jeżeli jeść będzie. Wszelkie namowy, prośby i groźby pozostawały bez skutku; chorą trzeba było karmić przy pomocy zgłębnika, ale i wtedy całe niemal pożywienie zwracała. W zakładzie prywatnym, w którym przebyła kilka tygodni przed przybyciem do szpitala, stan jej pogorszył się zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym. Straciła dużo na wadze, w nocy prawie

[1]) Cyt. według Schmaussa Akute Myelitis (Separatabdruck aus den Ergebnissen der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere. 1904).

wcale nie sypiała, stała się mniej przystępną, nie odpowiadała niemal na pytania, leżała bez ruchu, nie mogła stanąć na nogach, oddawała pod siebie mocz i kał. W takim stanie oddano ją do szpitala.

Przed 18 laty przebywała chora stan podobny, który trwał w ciągu roku i zakończył się zupełnem wyzdrowieniem; wóczas była ona w stanie przygnębienia, nie chciała jadać.

Matka chorej była chorą umysłowo, siostra cierpi na okresowe stany podniecenia.

Status praesens. Zaraz po wstąpieniu chorej do szpitala stwierdzono, co następuje. Chora sprawia wrażenie splątanej, niekiedy odpowiada na pytania, ale odpowiedzi bywają przeważnie niezupełnie właściwe i każą wnioskować o niejasnej orjentacji. Jest ona jakoby w Warszawie, w salonie warszawskim, niechaj mąż przyjedzie; zaraz potem powtarza kilkakrotnie raz po raz, jakgdyby snuła dalej własne myśli: „Fe, to jest ordynarne“ albo „do roboty ty draniu,“ niekiedy mówiąc do siebie, niekiedy znów do lekarza; to znów krzyczy okropnie w ciągu kilku sekund i po chwili leży dłuższy czas cicho i bez ruchu.

Stan fizyczny: Obie kończyny dolne wykazują wiotkie porażenie; gdy je biernie unieść w górę i puścić, opadają ciężko, jak kłody, na prześcieradło. Odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa brak. Również brak odruchów podeszwowych. Osłabienie napięcia mięśniowego w nogach. Niema wyraźnej bolesności przy ucisku pni nerwowych i mięśni. Na ukłucie szpilką chora najzupełniej nie reaguje, gdy się ją jednak pytać, czy czuje ukłucie, odpowiada, że ją to bardzo boli (?). Źrenice reagują szybko na światło. Górne kończyny nie przedstawiają nic osobliwego.

22.X. W nocy bardzo niespokojna, głośno krzyczała. Podczas wizyty, na pierwsze pytanie lekarza, kim jest on, daje właściwą odpowiedź: „Pan doktór,“ potem już niepodobna otrzymać odpowiedzi na żadne pytanie. Mówi w sposób zupełnie splątany: „W lesie — delikatność — chłop — po chłopsku—rycersko—delikatnie — tak — boję się.“ Stan fizyczny taki sam, jak w dniu poprzednim.

23.X. Status idem. Nie przyjmuje żadnego pożywienia, leży z przymkniętemi oczami. Zapytana jęczy, nie odpowiadając. Tętno małe, słabe=96. Temperatura nie podniesiona. W okolicy kości krzyżowej zaczerwienienie z obrzmieniem, na prawym pośladku zdarcie skóry powierzchowne.

24.X. Noc bezsenna. Ciepłota 36.8. Stan zupełnego osłupienia. Tętno=100. Badanie kończyn dolnych przy pomocy elektryczności wykazało, co następuje: zupełny brak odczynu faradycznego ze strony mięśni i nerwów nawet na prądy najsilniejsze; bardzo silny prąd galwaniczny (20 M. A.) wywołuje skurcz nieznaczny i leniwy w mięśniu czterogłowym i strzałkowym.

25.X. Tej nocy spała lepiej. Podobno rozmawiała dobrze z sąsiadką, wzięła od niej winogron. Dziś podczas wizytacji chora jest swobodniejsza, rozmawia z lekarzem, od czasu do czasu mówi bez związku. Wie dokładnie, gdzie się znajduje, z kim mówi; czuje się „tak sobie;“ niekiedy pyta, czy to prawda, że ona nie żyje.

Porusza nieco lewą nogą, w prawej kończynie dolnej nie spostrzegamy żadnych ruchów dowolnych. Bolesność mięśni przy ucisku w kończynach dolnych występuje wyraźniej. Odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa brak. Gorączki niema. Tętno=100. Oddech=40.

26.X. Tętno małe=100. Oddech=36. Górne kończyny zimne. Stan psychiczny w zestawieniu z wczorajszym bez zmiany.

27.X. Ogólny stan, jak poprzednio; pomimo kamfory i kofeiny upada działalność serca. Tętno małe, częste (108—116). Oddech=36—40. Przy wdychaniu wciąga się okolica epigastralna (porażenie przepony brzusznej). Dzisiaj można wyraźnie skonstantować porażenie górnych kończyn (zwłaszcza lewej), przyczem odcinki obwodowe są bardziej porażone niż dośrodkowe. Chora porusza z trudnością palcami; obie dłonie są ustawicznie opuszczone na dół, zwłaszcza lewa, podobnie jak przy porażeniu nerwu promieniowego, i chora nie jest w stanie unieść je do góry; zginanie łokci wyraźnie słabsze, niż normalnie. Podnoszenie całej kończyny en masse z lewej strony nader słabe, niekiedy jest niepodobieństwem, aby chora założyła rękę na głowę; z prawej strony wykonywa chora ruch ten lepiej, ale jednak słabo. Odruchy z mięśnia trójgłowego po obu stronach nader słabe, z prawej może nieco żywsze. Czucie może trochę osłabione; ze względu na stan psychiczny pacjentki nie można mieć zresztą żadnej pewności. Dolne kończyny bez zmiany. Odruchy—kolanowy, ze ścięgna Achillesa i podeszwowy=0. Mocz i kał chora oddaje wciąż pod siebie.

S t a n p s y c h i c z n y. Dezorjentacja co do miejsca: „jest jakoby na ulicy, w niemieckiej bóżnicy; tu się przychodzi, żeby się modlić; ona tu przyszła w tym celu.“ — „Przecież pani nie może chodzić?“ — „Jak wstanę, to już pójdę. Pojadą ze mną mój mąż i doktór blondyn, zna pan tego doktora. Pan chce, żebym ja też pojechała, poto, żeby pilnować tych żołnierzy? poco to? Niech pan im powie, że to niepotrzebne.“ Poza tem można się z chorą nieźle porozumieć, wymienia swe imię i nazwisko, wykonywa wszystko, co jej się poleca; mówi, że jest słaba, że nie należy jej odkrywać, bo to niеładnie. Brak świadomości choroby.

28.X. Tętno=112—120, uderzenia drobne. Oddech mniej przyśpieszony (28—32). Odleżyna nie powiększa się. Icorntinentia urinae et alvi. Pod względem neurologicznym stan bez zmian zasadniczych. Lewa kończyna górna słabsza od prawej, zwłaszcza w odcinku obwodowym. Odruch z okostny=0. Odruch z mięśnia trójgłowego po obu stronach jeszcze zachowany. Co do kończyn dolnych, to dzisiaj prawe udo wydaje się cieńsze od lewego; w goleniach nie spostrzega się różnicy. Bolesność przy ucisku kończyn dolnych wyraźnie wzmożona.

S t a n p s y c h i c z n y. Chora jest uprzejma, odpowiada na pytania. Wie dzisiaj, że jest w szpitalu dla chorych umysłowo, ale nie rozumie, dlaczego ją tu oddano: a jednak nie jest to szpital żydowski. Orjentacja co do czasu upośledzona w jeszcze silniejszym stopniu: „dziś jest jakoby sobota (co nie jest prawdą), tak jej się wydaje; przybyła tu w dniu dzisiejszym, wczoraj jej tu nie było; wczoraj byliśmy jakoby razem na podwórzu, prała majtki, doktór dał jej coś do roboty; doktora widziała wczoraj,

ale gdzie, tego nie może powiedzieć." Świadomość choroby w ogólnych zarysach zachowana: „jest w położeniu psa; powiedziano tu, że dla takiej osoby niema już życia; niechaj nie grzebią jej z krzyżem, ona jest żydówką; ustawicznie ją dręczą! kłują!" (zastrzykiwania!).

29.X. Noc bezsenna. Stan psychiczny pogorszył się; splątanie większe. Od dwóch dni chora oddała niewiele moczu; przy badaniu pęcherz okazuje się przepełniony. Natychmiast wypuszcza się przy pomocy kateteru 1600 cm. czystego moczu; ciężar gatunkowy=1012; reakcja lekko kwaśna; bez białka i cukru Zupełne porażenie kończyn dolnych; znaczny niedowład górnych Reakcja źrenic na światło dobra; język wysuwa w linji prostej; miękkie podniebienie podnosi się przy fonacji jednakowo po obu stronach języczek zwrócony na prawo.

30.X. Wczoraj wieczorem ciepłota podniosła się do 37,5. Dziś rano=37,1. Noc bezsenna. Oddech i tętno bez znaczniejszych zmian. Znowu zatrzymanie moczu; kateterem wydobyto 1½ litra moczu. Incontinentia alvi.

Stan psychiczny. Wyraźny stan bredzenia przy dość niedostatecznej orjentacji, zwłaszcza co do czasu. Niekiedy odpowiada na pytanie znośnie. Mowa powolna, utrudniona, przerywana ciągłymi wdechami. Tętno prawie niewyczuwalne.

31 października. Dziś w nocy o godzinie 4-ej chora zmarła.

W streszczeniu historja choroby pacjentki naszej przedstawia się w sposób następujący. U 39-letniej, ciężko obarczonej pod względem psychopatycznym kobiety, która przebyła już depresję przed laty osiemnastu, rozwija się znów nieznacznie stan depresyjny z urojeniami depresyjnemi o charakterze przeważnie somatopsychicznym i z wywołanem przez to odmawianiem przyjmowania pokarmów. Po kilku miesiącach takiego stanu, podczas którego chora zwracała wszystko prawie, co wprowadzano przy pomocy zgłębnika, powstaje stopniowo niedowład kończyn dolnych, rozwijający się dość szybko aż do zupełnie wiotkiego porażenia z utratą odruchów ścięgnowych oraz z nadwrażliwością mięśni na ucisk. W szybkim tempie rozwija się niedowład nasamprzód lewej, a potem i prawej kończyny górnej z obustronnem osłabieniem odruchów z mięśnia trójgłowego i z okostny. Odczyn zwyrodnienia przy bardzo silnych prądach galwanicznych w mięśniach strzałkowych i czterogłowych z obu stron.—Tętno małe, słabe, częste (około 100). Oddech przyśpieszony (do 40). Stan bezgorączkowy. Jednocześnie dokonywa się zmiana w psychicznym stanie chorej. Do pierwotnej depresji w związku ze schorzeniem nerwów obwodowych

przyłącza się nowy zespół objawów: pierwotnie występuje osłupienie, później zaś splątanie i bredzenie wraz z błędną orjentacją co do czasu i miejsca i konfabulowaniem. Po 10—13 dniach od czasu wystąpienia porażenia kończyn dolnych chora umiera przy postępujących objawach porażenia nerwu błędnego.

Co się tyczy strony neurologicznej w danym przypadku, to poruszę ją tylko pokrótce. Dzięki pracom Eichhorsta, Leydena i innych zwrócono uwagę na choroby nerwów obwodowych, skutkiem czego kwestja związku między zapaleniem nerwów obwodowych a porażeniem Landry'ego była niejednokrotnie omawiana. Właściwie dotąd nie doszliśmy do jednolitych poglądów w tym kierunku, to też należałoby się w każdym poszczególnym przypadku porozumieć, jakie postawić rozpoznanie: czy rozpoznać w danym, niezbyt charakterystycznym przypadku zapalenie nerwów obwodowych, czy też porażenie Landry'ego. Wiadomo, że niejednokrotnie podawano w wątpliwość jednolitość i specyficzność zespołu objawów opisanego przez Landry'ego w r. 1857. Tak naprzykład, w niektórych typowych zresztą zupełnie przypadkach porażenia Landry'ego konstantowano zanik mięśni przy zmianach w oddziaływaniu na prądy elektryczne (Oppenheim); poza tem spostrzegano w takich przypadkach zaburzenia w czynnościach pęcherza i odbytnicy oraz gorączkę poza lekkiemi zaburzeniami czucia, które mają niekiedy należeć do obrazu choroby nawet według Landry'ego. Jakkolwiekbądź, w obecnym stanie naszych wiadomości w tej dziedzinie faktem ogólnie przyjętym jest, że granice choroby zakreślone przez Landry'ego, Kussmaula i innych są zbyt ciasne, że przypadki podpadające pod tę kategorję mogą rozmaicie odbiegać od typu Landry'ego i że jedyną cechą właściwą wszystkim im stanowi porażenie wiotkie, rozszerzające się w szybkim tempie od dołu ku górze, t. j., od nóg poprzez kadłub i ręce aż do nerwów opuszkowych (Oppenheim). Dodałbym jeszcze, że szybki przebieg prowadzący do śmierci stanowi cechę wielce charakterystyczną.—Przypadek nasz, rozpatrywany z powyższego, zdaniem naszem, jedynie słusznego stanowiska, podpada stanowczo pod porażenie Landry'ego. Niezbyt wyraźne, a zresztą ze względu na stan chorej trudne do zbadania zaburzenia czucia, lekkie wychudnięcie górnego uda, zaburzenia w odczynie elektrycznym

nie powstrzymują nas bynajmniej na zasadzie powyższego rozumowania od postawienia rozpoznania porażenia Landry'ego. Zaburzeniom pęcherza i odbytnicy w danym przypadku nie możemy wogóle przypisywać żadnego znaczenia, należy je bowiem wyprowadzać z stanu psychicznego chorej. Można by było zakwestjonować, dlaczego mówimy o porażeniu Landry'ego w takim przypadku, w którym niema porażeń w układzie mięśniowym warg, języka i podniebienia. Skoro jednak weźmiemy pod uwagę, że chora zmarła już po 12 dniach choroby, przy wciąż wzrastającem porażeniu nerwu błędnego, to łatwo przypuścić, że objawy opuszkowe nie miały czasu się rozwinąć w całkowitej swej postaci; poza tem w dniu poprzedzającym zgon zanotowano mowę utrudnioną i niewyraźną. Do rozpoznania porażenia Landry'ego upoważnia nas rozwijający się w sposób podostry wiotki niedowład kończyn dolnych, który szybko wzmógł się aż do zupełnego porażenia i, rozszerzywszy się w ciągu dni kilku na kadłub i kończyny górne, przy osłabieniu serca i zaburzeniach w oddychaniu (porażenie n. błędnego) sprowadził śmierć po upływie dni dwunastu. Jedyny zarzut, jaki można by zrobić takiemu rozpoznaniu, to jednoczesne zaburzenia psychiczne, stojące niewątpliwie w związku z zaburzeniami somatycznemi. Wiadomo, że w porażeniu Landry'ego psychika pozostaje zazwyczaj nietknięta; jedynie w tych wypadkach, kiedy chorobie tej towarzyszy silna gorączka, może wystąpić zamroczenie świadomości lub inne objawy psychiczne. Tutaj atoli poświęcić należy nieco uwagi etjologji schorzenia wtórnego w naszym przypadku. Objawy zapalenia nerwów obwodowych (t. zw. porażenie Landry'ego) rozwinęły się po kilkomiesięcznej ciężkiej depresji z uporczywem odmawianiem pokarmu, bez gorączki. Stąd już krok tylko do przypuszczenia, ze na tle wycieńczenia powstało zatrucie całego organizmu, które uważać należy za źródło choroby, zwłaszcza że nerwy obwodowe odznaczają się szczególnie słabą odpornością na wszelkie zatrucia. Jednocześnie trzeba też wziąść pod uwagę, że mózg osłabiony przez długotrwałą depresję stanowił punkt najmniejszego oporu, skutkiem czego rozwinęły się zaburzenia psychiczne, zdradzające w swych odrębnościach również pochodzenie toksyczne. Podobnie jak przy współistnieniu alkoholicznego zapalenia nerwów obwodowych mózg osłabiony przez nadużycie alkoholu stanowi grunt

podatny do rozwoju psychozy Korsakowa, tak również przy każdem innem zatruciu, wobec jednocześnie istniejącego usposobienia mózgu, może powstać jakaś psychoza intoksykacyjna.

Omówmy systematyczniej stronę psychjatryczną danego przypadku. Przedewszystkiem co się tyczy pierwotnej depresji, to nie trzeba chyba szerszych wyjaśnień, że jest to powtórny napad choroby maniakalno depresyjnej u osoby obciążonej dziedzicznie. Przy sposobności wspomnimy w tym miejscu o fakcie, który mieliśmy sposobność stwierdzić kilkakrotnie, że stan depresji, wykazujący w swej symptomatologji idee obłędne o charakterze somatopsychicznym, miewa przebieg niezwykle ciężki i uporczywy.

Po kilkomiesięcznem trwaniu stanu depresyjnego, któremu towarzyszyło odmawianie pożywienia, obok jednocześnie występujących oznak nerwowej choroby fizycznej, rozwija się podostro chorobliwy stan psychiczny, wykazujący w dalszym swym przebiegu cechy odmienne od depresji pierwotnej, w czasie której nie zdołaliśmy spostrzedz żadnych zmian w napięciu i przejawach owego przygnębienia. Nasamprzód rozwinęło się otępienie, które po kilku dniach ustąpiło miejsca stanowi bredzenia wraz z dezorjentacją co do miejsca, zmyślaniem (konfabulacjami) i chwilowem splątaniem. Pierwotna depresja zupełnie ukryła się niejako poza nowem zaburzeniem psychicznem, i ktoś, ktoby bez znajomości wywiadów zabaczył chorą po raz pierwszy w stanie bredzenia i splątania, nie przypuściłby, że ma przed sobą chorą, która cierpiała pierwotnie na wyraźną depresję. Nie można przecież w tym celu zużytkowywać przelotnego pytania chorej, czy jeszcze żyje, i powiedzenie to uważać za pozostałość jej urojeń depresyjnych, zwłaszcza, że takie ulotne strzępki i urojenia o zabarwieniu hipohondryczno-depresyjnem napotykać można w najrozmaitszych stanach bredzeniowego splątania. Mamy tu do czynienia z kombinacją dwóch rożnorodnego pochodzenia psychoz, co daje nam pochop do szerszego omówienia na tem miejscu psychoz skombinowanych.

Kwestję tę poruszyli ponownie przed kilku laty Stransky (Zur Lehre der kombinierten Psychozen, Allg. Zeitschrift f. Psych. 1906) i Geist (Ueber kombinierte Psychosen. Allg. Zeitschrift f. Psych. 1906), którzy poddali ją ocenie krytycz-

nej. Mimo to dotąd nie jest ona zamknięta; dzisiaj nawet przedstawia wiele ciekawego ze względu na świeżo w Kielu przez Hochego podjęty temat o znaczeniu zespołów objawowych dla psychjatrji klinicznej.

O ile staniemy na stanowisku dawniejszych psychjatrów (Krafft-Ebinga, Magnana, Mendel'a) i o ile zgodzimy się z Hochem, że w psychiatrji rozgraniczenie jednostek klinicznych jest pracą niewdzięczną i bezcelową, to sprawa psychoz skombinowanych, o którą nam teraz chodzi, przedstawi się nam zupełnie inaczej, niż wtedy, gdy usiłujemy ją oceniać ze stanowiska nowej metody klinicznej, zapoczątkowanej przez Kraepelina. Ze stanowiska t. zw. „jednostek drugiego rzędu" Hoche'go cała kwestja upada odrazu, mogą być bowiem niezliczone kombinacje takich zespołów objawowych. Widzimy wszak codzień niemal, jak rozmaicie kombinują się zespoły objawowe: maniakalno-depresyjne z katonicznymi, histeryczne z katonicznymi, amencyjne z tymi ostatnimi i t. d. Jeżeli zaburzenia psychiczne z objawami silnego podniecenia i omamami najrozmaitszych rodzajów poprzedza otępienie wczesne lub jeżeli stan taki ma miejsce w przebiegu silnego podniecenia maniakalnego to, stojąc dziś na stanowisku prawdziwie klinicznem, niepodobna powiedzieć, że obraz taki przedstawia kombinację amencji z otępieniem wczesnem lub z obłędem maniakalno-depresyjnym. Jedynie miarodajnemi są przebieg i zejście, chociażby skutkiem takiego tawiania kwestji rozstrzygnięcie możliwem było po latach lub lat dziesiątkach. Gdybyśmy dziś przesieli przez sito nowoczesnych poglądów klinicznych przypadki Krafft-Ebinga, Magnana, Billoda, Hoestermana i innych autorów dawniejszych, to w większości ich okazałoby się, że nie są to kombinacje dwóch różnych psychoz (przeważnie paranoia+melancholia, paranoia+obłęd okresowy, paranoia+bezwład postępujący) jeno istniejące obok siebie lub przeplatające się wzajem zespoły objawowe w przebiegu jednej i tej samej psychozy. Tak naprzykład, przypadek Grabego (Allg. Zeitschrift f. Psych. 61), dotyczący epizodycznej katatonii przy paranoi, określiłbym poprostu jako paranoidną postać schizofrenii, w której przebiegu wystąpił zespół objawów katatonicznych. Pokrótce omówiony przypadek Sstransky'ego (l. c.), mający służyć za poparcie możliwej kombinacji paranoi z amencją, radbym tłomaczyć w sensie do-

datkowej psychozy intoksykacyjnej o przebiegu amencyjnym. Zresztą sam Stransky skłania się do tego mniemania. Wyłączywszy przypadki nader rzadkie, które zresztą należałoby poddać starannemu zbadaniu, tak naprzykład, przypadek Stransky'ego l. c. (obłęd maniakalno-depresyjny+katatonia) albo też z góry podejrzany przypadek Mönkemöllera (paranoia+obłęd okresowy), trzeba uważać jako pogląd ogólnie prawdziwy ten, że dwie istotne psychozy, dokładnie rozganiczone, t. zw. czynnościowe nigdy prawie nie kombinują się ze sobą. Przy dokładnem zbadaniu późniejszem okaże się zawsze kombinacja dwóch lub więcej zespołów objawowych, nie zaś dwóch psychoz należycie rozgraniczonych i mających każda własny przebieg. Tylko w takich warunkach można mówić o psychozie skombinowanej. Jest rzeczą prostą nawet ze stanowiska teoretycznego, że takie kombinacje spotykają się nader rzadko lub nawet prawie nigdy. Każda psychoza t. zw. czynnościowa rozwija się przez spotęgowanie zwyrodnienia stanowiącego jej podłoże, czy będzie nim wrodzona depresja ustrojowa, czy też usposobienie paranoidne, t. zw. charakter histeryczny lub pieniacki, czy wreszcie usposobienie schizofreniczne (Bleuler, Bezze). Między usposobieniami mogą zachodzić kombinacje w większym lub mniejszym stopniu, ale przy wystąpieniu psychoz bierze górę usposobienie przeważające; i oto rozwija się obłęd maniakalno-depresyjny, paranoia, psychoza histeryczna, schizofrenia i t. d. W przebiegu takiej psychozy, przy usposobieniu niejednolitem mogą od czasu do czasu przyłączać się rozmaite cechy zwyrodnień innego rodzaju, co atoli żadną miarą nie upoważnia do przyjmowania psychozy skombinowanej. Wolno by tu co najwyżej w myśl Ziehena mówić o psychozie złożonej, której nie należy mieszać z psychozami skombinowanemi w znaczeniu w tym miejscu użytem. O kombinacji dwóch psychoz w zupełnie ścisłem znaczeniu tego wyrazu wolno nam mówić wówczas jedynie, jeżeli do psychozy czynnościowej, dokładnie odgraniczonej przyłączy się pod wpływem jakiegoś czynnika zewnętrznego (infekcja, intoksykacja, uraz) pewna psychoza zupełnie odrębna i mająca własny swój przebieg i jeżeli istnieje ona bądź następczo po tamtej, bądź też jednocześnie: tylko w takim wypadku mamy przed sobą kombinację dwóch psychoz. I jeszcze jedno zastrzeżenie. Przy jednoczesnem

istnieniu dwóch postaci chorobowych mogą powstać, jak to słusznie podkreśla Stransky, znaczne trudności rozpoznawcze, tak że, według naszego zdania, w wypadkach tych wolno mówić o kombinacji dwóch odrębnych klinicznie postaci chorobowych o tyle tylko, o ile jedna z nich istniała przez pewien okres czasu samoistnie, druga zaś, ta, która przyłączyła się później, przybiera potem własny swój przebieg. Przez pewien czas mogą one wprawdzie istnieć obie obok siebie, w każdym jednak przypadku przedstawia olbrzymie trudności rozgraniczenie stanów chorobowych przynależnych do jednej lub drugiej z kombinujących się psychoz.

Wracając do naszego przypadku, widzimy na podstawie dowodzeń powyższych, że tutaj mamy przed sobą istotną kombinację dwóch psychoz. Po kilkomiesięcznem trwaniu okresu przygnębienia w przebiegu obłędu maniakalno-depresyjnego, przebiegającego z urojeniami somatopsychicznemi i z wynikłym ztąd uporczywem powstrzymywaniem się od pożywienia, rozwinęło się wyniszczenie wywołane skutkiem nieokreślonej bliżej intoksykacji. Na tem podłożu samozatrucia wystąpiły dwa szeregi objawów: jeden cielesny w postaci wzrastającego zapalenia nerwów obwodowych, względnie porażenie Landry'ego, drugi zaś — psychiczny, poprzedzony okresem osłupienia—w postaci bredzenia toksycznego z brakiem orjentacji co do miejsca, konfabulacjami, splątaniem, stanami lękowymi, niekiedy z podnieceniem. Przygnębienie pierwotne istniało jeszcze w całej swej sile, gdy nowe zaburzenie psychiczne wcisnęło się w nie niejako i usunęło je niemal całkowicie z widowni. Jak już zauważyliśmy powyżej, rozpoznanie psychozy skombinowanej jest poprostu niemożliwem, o ile się nie zna wywiadu z okresu przejściowego pomiędzy jedną psychozą a drugą. Nie od rzeczy będzie wskazać na to, że pewne wypowiadanie się chorej już podczas stanu bredzenia, naprzykład, jakoby umarła, należy uważać jako odgłos poprzednich urojeń depresyjnych, stąd zaś blizko do przypuszczenia, że przez pewien może i przez cały czas oba okresy chorobowe istniały obok siebie albo też przenikały się wzajem, chociaż trudno na to dostarczyć ścisłych dowodów. Klinicznie udało się stwierdzić, że psychoza intoksykacyjna, jeżeli nie zastąpiła całkowicie poprzedniej maniakalno-depresyjnej, to w każdym razie mocno zatarła jej obraz. Najbliższymi prawdy

będziemy wtedy niewątpliwie, jeżeli przyjmiemy, że mamy tu do czynienia z psychozą wynikłą na gruncie żatrucia. Uprzytomnić sobie tylko należy fakt, że stan przygnębienia mógł wywołać pośrednio zatrucie przez wycieńczenie i że nowopowstałe zaburzenia, które rozwinęły się w sposób podostry w związku ze schorzeniem obwodowego układu nerwowego, stanowią ów charakterystyczny zespół objawów (zamroczenie świadomości wraz ze splątaniem i bredzeniem), w postaci którego według Bonhoeffera, Morselliego i Rubinowitscha „mózg reaguje stale na rozmaite szkodliwości z zewnątrz, bądź natury toksycznej, bądź infekcyjnej, bądź też wtedy, kiedy szkodliwość taką stanowi wyczerpanie lub uraz" (cyt. według Schroedera. Intoxikationspsychozen, Aschaffenburg's Handbuch der Psychiatrie, 1912). W końcu jeszcze jedna uwaga. Według naszego zdania, byłby to wyłącznie spór o słowa, gdyby nam czyniono zarzut, że ze względu na współistniejące schorzenie nerwów obwodowych możnaby te zaburzenia psychiczne uważać za chorobę Korsakowa. Jak wiadomo, tę ostatnią może poprzedzić stan bredzenia i splątania. Mielibyśmy jednak prawo postawić takie rozpoznanie tylko wtedy, gdyby w okresie bredzenia i splątania wystąpiły typowe zaburzenia amnestyczne. Rzeczą ważniejszą jest tu stwierdzenie psychozy intoksykacyjnej, która przyłączyła się do psychozy maniakalno-depresyjnej i w ten sposób wytworzyła kombinację dwóch psychoz samoistnych.

BADANIE ANATOMOPATOLOGICZNE.

Autopsja, dokonana następnego dnia po śmierci, makroskopowo nie wykazała żadnych zmian w mózgu i rdzeniu. Co się tyczy nerwów obwodowych, to już nawet makroskopowo niektóre z nich wykazywały zżółcenie. Mikroskopowemu badaniu poddaliśmy korę mózgową, rdzeń, nerwy obwodowe (n. goleniowy, strzałkowy, piszczelowy, łokciowy i pośrodkowy) oraz mięśnie—piszczelowy i goleniowy.

Stosowaliśmy metody następujące: korę mózgową po utrwaleniu jej w alkoholu i zalaniu w celloidynę barwiliśmy thioniną; rdzeń utrwalaliśmy po części w płynie Müllera, po części w alkoholu, po części wreszcie w formolu, poczem po zwykłych procederach zalania opracowywaliśmy go według metod Weigerta i Pala, Marchiego, v. Giesona, Bielschowsky'ego oraz thioninową. Nerwy obwodowe opracowywaliśmy według metod następujących:

1. Niektóre nerwy (n. strzałkowy, łokciowy, pośrodkowy) rozszczepialiśmy w kwasie osmowym.

2. Nerwy utrwalane w płynie Müllera krajaliśmy na mikrotomie, a preparaty barwiliśmy przy pomocy metod Weigerta i Pala, Marchi'ego, oraz Marchi'ego i v. Giesona.

3. Z niektórych nerwów utrwalonych w alkoholu robiliśmy preparaty thioninowe.

4. Niektóre nerwy utrwalone w formolu i zaprawie glejowej barwiliśmy metodami Bielschowsky'ego i Manna.

Mięśnie utrwalaliśmy w płynie Müllera i barwiliśmy metodą Marchi'ego lub też hematoksyliną i eozyną.

Wyniki badań drobnowidowych nad korą mózgową podamy w krótkim streszczeniu. Skrawki rozmaitych części kory mózgowej barwione thioniną wykazują normalną budowę i prawie normalne komórki zwojowe. Spotykaliśmy niekiedy wprawdzie komórki, które wykazywały chromatolizę w słabszym lub silniejszym stopniu; dendryty były wszędzie zachowane, jądro wykazywało normalne położenie i barwę. Dookoła naczyń nie stwierdziliśmy nigdzie nacieczenia drobnokomórkowego.

Co się tyczy rdzenia, to na skrawkach z rozmaitych wysokości, barwionych metodami Weigerta i Marchi'ego, nie zdołaliśmy dostrzedz żadnych zmian potologicznych. Metoda v. Giesona również daje rezultat zupełnie negatywny z wyjątkiem nieco większej ilości rozszerzonych naczyń.

Metoda Nissla (thioninowa) wykazuje największe zmiany w lędźwiowej części rdzenia, zwłaszcza w komórkach rogów przednich. Większośc ich jest zmieniona patologicznie: substancja chromatynowa nie wykazuje przeważnie normalnego układu i barwi się nieraz blado; niekiedy bryłki chromatyczne są ledwie widoczne, a komórka ma wygląd bladoniebieski, niemal jednolity (fig. 1b). Jądro w wyglądzie swym i położeniu wydaje się częstokroć bez zmiany; niekiedy jednak spotykamy komórki, w których jest ono zabarwione na kolor ciemniejszy i wykazuje położenie oboczne (fig. 1c). Wyrostków brak niekiedy, bądź częściowo (fig. 1c), bądź zupełnie (fig. 1a). Zdarzają się komórki, które wykazują jednocześnie rozmaite zmiany: ciałka Nissla są na brzegach komórki ułożone normalnie, podczas gdy pośrodku ciała komórkowego są one niejako rozsiane i nadają plazmie komórkowej wygląd sproszkowany; wyrostki zanikły zupełnie, a jądro przesunęło się na brzeg komórki. W ten sposób komórka przybiera wygląd t. zw. komórki cyklopowej (fig. 1c), nabrzmiałej, zaokrąglonej. Zmiany o takim samym charakterze znajdujemy również w komórkach rogów przednich części szyjnej i grzbietowej, tutaj jednak zaznaczają się one o wiele słabiej, niż w lędźwiowej części rdzenia.

Nerwy obwodowe. Preparaty z nerwów rozszczepionych w kwasie osmowym (n. strzałkowy, łokciowy) wykazują zmiany olbrzymie; każde prawie włókno nerwowe wykazuje rozpad myeliny. Myelina rozpadła się w kępki i okruchy. Niekiedy widać łańcuchy bryłek myelinowych, od czasu do czasu poprzerywane; w innych znów miejscach nieprawidłowo rozsiane odłamki myeliny, czarne albo nieco bledsze, brunatne.

Preparaty barwione metodami M a r c h i'ego oraz W e i g e r t a i P a l a z różnych nerwów (n. goleniowy, strzałkowy, pośrodkowy) wykazują znaczny rozpad myeliny w postaci kulek lub odłamków bądź ułożonych w szeregi, bądź też rozrzuconych bezładnie.

Barwione thioniną preparaty alkoholowe z rozmaitych nerwów wykazały zmiany kolosalne. W obrazie mikroskopowym przy imersji uderza przedewszystkiem ogromne bujanie wszystkich elementów komórkowych, zwłaszcza komórek S c h w a n n a, następnie zaś i elementów mezodermalnych (stałych komórek łącznotkankowych i limfocytów). Komórki Schwanna wykazują w wybitnym stopniu zjawiska bujania, przyczem liczba jąder Schwanna jest zwiększoną; zawierają one wiele chromatyny częstokroć rozsianej wewnątrz jądra pod postacią ciemnoniebiesko zabarwionych cząsteczek. Kształt tych jąder bywa różny: najczęściej spotykamy je w postaci pałeczek, często atoli, zwłaszcza we włóknach silnie napęczniałych, widzimy jądro kształtu podługowato-owalnego albo i nieprawidłowego, w postaci sześcianów lub w formie prawie zupełnie okrągłej. Położenie jąder takie bywa bardzo rozmaite: widzimy jądra zajmujące zwykłe miejsce na brzegu włókien, inne znów znajdują się bardziej pośrodku, jeszcze inne zajmują całą średnicę napęczniałego włókna. Wokoło jądra widać wyraźnie napęczniałą plazmę komórki Schwanna; w wybujałej plazmie spotykamy zjawiska napęcznienia w postaci większych lub mniejszych wakuoli, które niekiedy przybierają rozmiary tak znaczne, że występują jako duże pęcherze oddzielone wzajem od siebie wątłemi pasmami plazmy. Jądra komórek Schwanna napęczniałych i zwakuolizowanych dzięki tym wakuolom zmieniają kształt swój (fig. 2c).

Przy barwieniu thioniną uwidoczniają się też takie włókna, w których bujanie komórek Schwanna nie stanowi cechy najwybitniejszej, gdzie nie dostrzegamy tworzenia się wakuol i gdzie natomiast jądro bywa wydłużone, a otoczka Schwanna wydaje się skurczoną, skutkiem czego włókno zwęża się i zbliża do stadyum włókna łącznotkankowego (fig. 2a).

Co się tyczy objawów bujania w elementach mezodermalnych, to charakterystyczne zjawisko w tym względzie wykazuje fig. 3. Figura ta przedstawia naczynie endoneuralne, otoczone mnóstwem elementów komórkowych mezodermalnych (limfocyty); pośród limfocytów widać kilka komórek tucznych, pozatem napotykamy objawy bujania w komórkach śródbłonkowych i stałych łącznotkankowych.

Preparaty rozszczepiane i barwione według B i e l s c h o w s k y'e g o wykazują wyraźne, niekiedy ogromnie posunięte zmiany we włóknach osiowych. Figura 4 przedstawia włókno nerwowe z nerwu goleniowego, w którym wyraźnie występują zmiany patologiczne we włóknach osiowych. Widać tu, że włókno osiowe w wielu miejscach jest poprzerywane, że w przebiegu swym to zgrubia się w postaci kolby, to znów cienieje, że wreszcie ujawnia się tu zupełny już rozpad na strzępy i okruchy.

Co do barwienia sposobem M a n n a, to należy tu z góry zastrzedz się, że preparaty te wykazały bardzo blade zabarwienie, a przyczyną tego było prawdopodobnie zbyt długie pozostawienie ich w czteroprocentowym formolu. Na blado zabarwionych skrawkach podłużnych nerwu

promieniowego można było jednakże skonstatować objawy bujania w elementach komórkowych oraz niekiedy wzdłuż bladoniebieskiego włókna osiowego większe lub mniejsze bladoczerwone kępki myeliny, tudzież rozmaite produkty rozpadowe w postaci drobnych niebieskawych lub zielonawych jąderek, znajdujących się przeważnie wewnątrz zwakualizowanej plazmy komórek Schwanna oraz w elementach mezodermalnych. Atoli skutkiem niedostatecznego zabarwienia trudno ściślej wnioskować o zawartości tych komórek.

Z tego samego powodu prawdopodobnie nie powiodło się barwienie tłuszczu metodą Herxheimera.

Kończąc omawianie badań mikroskopowych, zwrócimy jeszcze uwagę na fig. 5 naszej tablicy; figura ta przedstawia zwyrodniałe włókno mięśniowe, pochodzące z mięśnia piszczelowego, zabarwione metodą Marchi'ego. W zestawieniu z odtworzonym nieco niżej obrazem normalnego włókna mięśniowego uderza nas w zwyrodniałem włóknie mięśniowem znaczne skupienie tłuszczu na górnym jego brzegu; tłuszcz ten układa się w kierunku prążkowania poprzecznego.

Z badania mikroskopowego należy podkreślić fakty następujące. Najwybitniejsze zmiany patologiczne stwierdziliśmy w nerwach obwodowych, przyczem odpowiadają one t. zw. „neuritis" pod postacią sprawy miąższowozwyrodniającej i zapalnej. Zmiany te odpowiadają przeważnie zapaleniu nerwów obwodowych na tle zatrucia ołowiem, które Dojnikow wywoływał doświadczalnie u królików. Kładziemy zwłaszcza nacisk na analogje, zachodzące w bujaniu komórek Schwanna i rozpadzie włókien osiowych. W otoczkach włókien nerwowych stwierdziliśmy objawy wyraźnego nacieczenia zapalnego wokoło naczyń i wysiękowe (ob. fig. 3). Objawy zwyrodnienia w miąższu nerwów w naszym przypadku odpowiadają częstokroć daleko posuniętym okresom zwyrodnienia Wallera, jakie znajdowali Dojnikow u zwierząt przy zapaleniu nerwów obwodowych (na tle zatrucia ołowiem u królików) oraz Bachmanow na materjale ludzkim w rozmaitych chorobach. W dalszym ciągu musimy zaznaczyć, że zwyrodnieniu uległy nietylko myelina i otoczki nerwów, ale także i włókna osiowe, co odpowiada dawniejszym badaniom Pitres'a i Vaillarda. Co do zmian w komórkach przednich rogów rdzenia, a mianowicie chromatolizy, zmiany w położeniu jądra i zaniku wyrostków, to odpowiadają one zmianom spotykanym przy wstecznem zwyrodnieniu komórek po przecięciu nerwów obwo-

dowych (Marinesco, Flatau[1]), Sano). W naczyniach rdzenia nie dostrzegliśmy śladu objawów nacieczenia zapalnego, stąd też zmian w komórkach nie możemy żadną miarą przypisywać sprawie zapalnej. Następnie na dowód wtórnego (wstecznego) charakteru zmian w komórkach rogów przednich służyć może ten fakt, że najciężej dotknięte były komórki rogów przednich w lędźwiowej części rdzenia, co też odpowiada najwybitnieiszym zmianom w nerwach obwodowych kończyn dolnych.

Mamy więc w tym przypadku do czynienia ze stwierdzonem przez mikroskop zapaleniem nerwów obwodowych, które należy uważać za jedyne podłoże anatomiczne dla porażenia Landry'ego. Zmiany w komórkach rogów przednich rdzenia należy uważać za wtórne. Anatomia patologiczna porażenia Landry'ego nie jest jeszcze, jak wiadomo, czemś skończonem. Istnieją przypadki porażenia Landry'ego, w których nie udało się dowieść żadnych znaczniejszych zmian w układzie nerwowym (Landry, Kussmaul, Cornil i Ranvier, Pellegrino Levi, Bernhardt, Westphal, Rahler i Pick, Curschman, Ormerod, Morton, Prince, Schmauss (4 przypadki). Z drugiej znów strony mamy mnóstwo przypadków, w których wykryto zmiany anatomiczne zarówno w rdzeniu i mózgu przedłużonym, jak i w nerwach obwodowych. — Co do charakteru zmian rdzenia, to znajdowano zarówno zmiany w postaci zapalenia rdzenia poprzecznego, rozsianego lub centralnego, jako też sprawy o charakterze poliomyelitycznym, które nosiły niekiedy charakter raczej zwyrodnienia, a innym znów razem zapalenia. Istnieją wrescie przypadki, w których zmiany ograniczają się jedynie do nerwów obwodowych, tak że wraz z Leydenem uznawać należy obwodową postać porażenia Landry'ego (ob. powyżej wstęp). Do tych ostatnich zalicza się również i nasz przypadek.

WNIOSKI.

Co do strony kliniczno-psychjatrycznej niniejszego artykułu musimy podkreślić, co następuje:

---

[1]) Anatomia komórki nerwowej. 1898. Nakład Fischera.

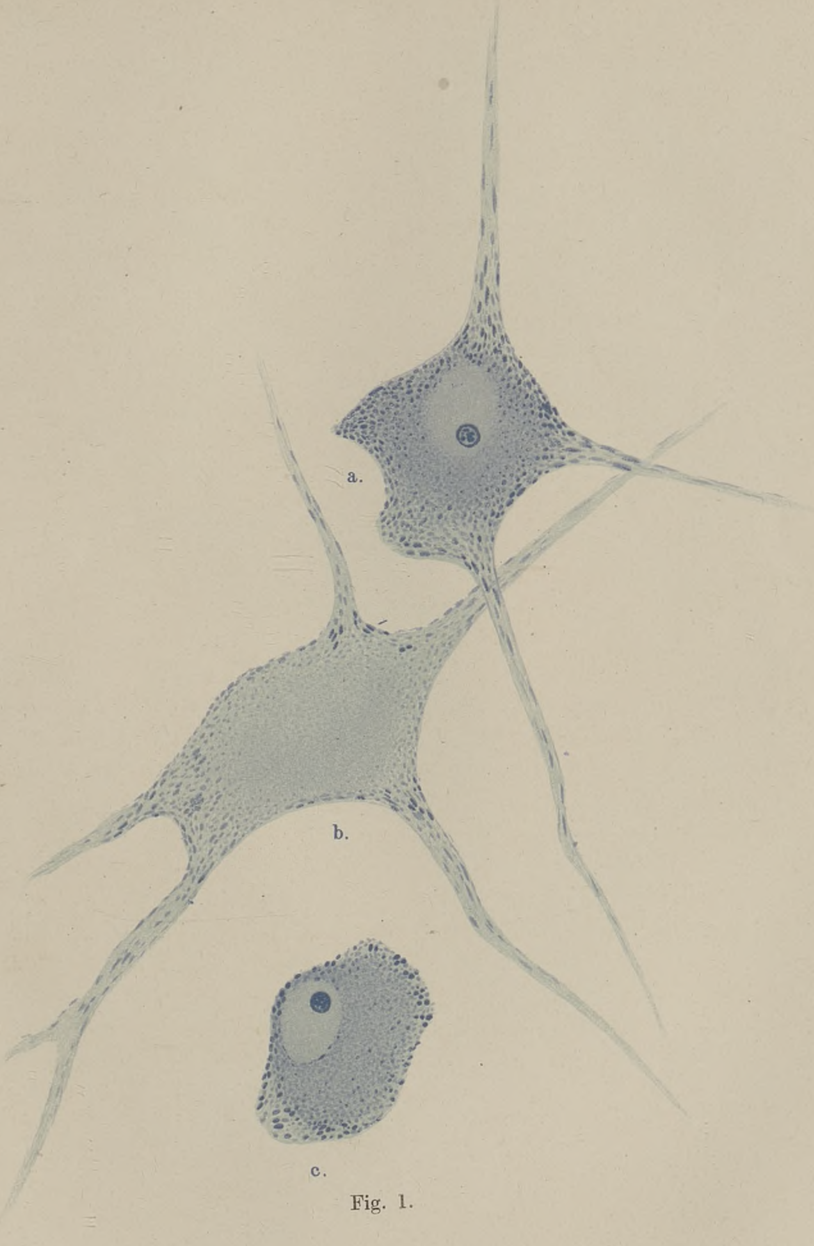


Fig. 1.



Fig. 2.

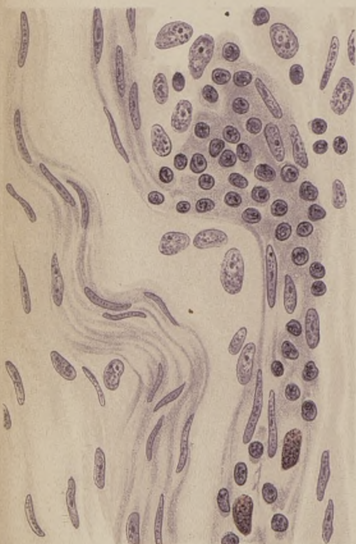


Fig. 3.



Fig. 5.



Fig. 4.

Bornstein, Paralysis Landry.

Z nakładu Juljusza Springera w Berlinie.

1. Naogół kombinacja dwóch psychoz ściśle odgraniczonych pod względem klinicznym wydarza się bardzo rzadko.

2. Dwie psychozy zwane czynnościowem (obięd maniakalno-depresyjny, paranoia, schizofrenia, postaci czysto psychopochodne) kombinują się ze sobą niezmiernie rzadko, być może nawet, nigdy. To, co częstokroć wydaje się kombinacją, przy ściślejszem badaniu uważane być może jedynie za mieszaninę rozmaitych zespołów objawowych w przebiegu jednej psychozy o wyraźnej fizjonomji klinicznej i własnym przebiegu.

3. Najczęstsza, zdaje się nawet jedyna, właściwa kombinacja dwóch psychoz zdarza się wówczas, jeżeli podczas psychozy czynnościowej albo po jej przejściu (t. j. jednocześnie albo następczo) przyłącza się druga psychoza powstała zzewnątrz. (Do psychoz zewnątrz pochodnych zaliczamy, jak wiadomo, zarówno psychozy kiłowe i bezwład postępujący, jak i psychozy na tle zatrucia rozmaitego pochodzenia).

4. Częstokroć, być może w najliczniejszych przypadkach, stwierdzić udaje się fakt, że taka zewnątrzpochodna, wtórna psychoza zaciera niemal całkowicie objawy psychozy pierwotnej.

Pod względem anatomopatologicznym co do porażenia Landry'ego możemy skonstatować, co następuje:

W wyczerpującej, wydanej w r. 1904 monografji Schmaussa o stanach anatomopatologicznych w porażeniu Landry'ego, uczony ten wypowiada pogląd, że choroba ta polega na zaburzeniu czynnościowem wywołanem przez działanie toksyn i „że u podstawy owego zespołu objawowego nie leży żaden określony obraz anatomiczny, że raczej obok zupełnie stwierdzonych przypadków z ujemnym rezultatem anatomicznym istnieje pewna liczba przypadków odmiennych, w których znaleziono wprawdzie zmiany, ale tak drobne, względnie pozbawione znaczenia, że istotnie nie można je uważać za wytłomaczenie objawów chorobowych"... „Intesywność sprawy anatomicznej i objawów chorobowych w zespole Landry'ego nie idą wcale równolegle obok siebie; przeciwnie, zespół ten może powstać, jakkolwiek nie udaje się wykryć żadnych zmian anatomicznych." Pragnęlibyśmy ograniczyć prawdziwość tego poglądu o tyle, że przypadków z ujemnym rezultatem badań nie należy uważać za stwierdzone, albowiem z pewnością opracowywano je przy pomocy dawnych metod; gdyby zastosować do nich nowo-

czesne mikroskopowe metody histologiczne i histochemiczne, których celem jest uwydatnić zjawiska rozpadu substancji nerwowej, to kwestja ujemnych rezultatów anatomicznych stanęłaby w zupełnie odmiennym świetle. Wychodząc z tej myśli, sądzimy, że sprawa anatomii patologicznej w porażeniu Landry'ego wymaga gruntownej rewizji.

OBJAŚNIENIE TABLIC I i II.

Fig. 1. Komórki rogów przednich w rdzeniu lędźwiowym:
a) brak niektórych wyrostków komórkowych;
b) wyraźna chromatoliza;
c) komórka cyklopowa (zaokrąglenie jej, oboczne położenie jądra, znaczna chromatoliza).

Fig. 2. Bujanie komórek Schwanna:
a) stadjum włókna pasemkowego;
b) komórki Schwanna silnie zwakuolizowane;
c) jądra komórek Schwanna.

Fig. 3. Naczynie endoneuralne z nacieczeniem drobnokomórkowem i z napęczniałemi komórkami nabłonkowemi i łącznotkankowemi.

Fig. 4. Rozpad włókien osiowych.

Fig. 5. Zwyrodniałe włókna mięśniowe, barwione metodą Marchi'ego.

TEORJA SNU FREUDA.

podała

Dr. fil. FRANCISZKA BAUMGARTEN.

CZĘŚĆ I.

I.

Od czasów Arystotelesa, który pierwszy włączył sen do swych rozważań filozoficznych, problemat widzeń sennych, niezależnie od fizjologicznego problematu snu, stał się przedmiotem licznych dociekań filozoficznych, a następnie i badań naukowych Wyniki ich jednak przyczyniły się w bardzo małym stopniu do zrozumienia istoty snu i rozwiązania jego zagadkowości. Pomijając techniczne trudności badania tego zjawiska psychicznego, na nikłe rezultaty dociekań wpłynęła jeszcze okoliczność, że żaden z badaczy nie oparł się na wynikach badań poprzednika, by je w dalszym ciągu prowadzić, lecz każdy starał się ab ovo te same problematy na swój sposób rozwiązać. To też nie można mówić o żadnej historji tych badań, gdyż nie wykazują one żadnej ciągłości w pewnym określonym kierunku, natomiast na zasadnicze zagadnienia tego zjawiska istnieją krańcowo-sprzeczne z sobą poglądy. I tak,

I. W kwestji stosunku widzeń sennych do jawy utrzymują niektórzy autorowie, jak Burdach, Strümpell i in., iż widzenia przenoszą nas w zupełnie inny świat, zaś Haffner, Weygandt, Maury i inni uważają widzenia senne za dalszy ciąg naszych myśli i postępków na jawie.

II. W kwestji materjału widzeń sennych, w której panuje względnie największa zgodność poglądów (większość bowiem autorów jest zdania, że składa się on z zachowanych w pamięci przeżyć jawy), niektórzy podkreślają hypermnezję snu, t. j. fakt, że śnią nam się fakty dawno przeżyte, których nie zaliczamy już do naszej treści psychicznej na jawie (Delboeuf, Maury, Jessen, Scaliger), inni zaznaczają niezwykle wielki udział wspomnień dzieciństwa (Hilde-

brandt, Volkelt, Strümpell, Maury), jeszcze inni — obojętność faktów, o których śnimy i które na jawie nie mają dla nas żadnej wagi (Havelock Ellis, Calkins, Binz i in.).

III. Jakie podniety wywołują sen? W kwestji jej istnieją rozbieżne zdania.

a) Większość badaczy, zarówno jak i lud upatruje źródło snu w zewnętrznej podniecie zmysłowej (ludowe: „sny pochodzą z żołądka"). Zbiór takich snów podaje Jessen: burza szalejąca na dworze przenosi nas na pole bitwy, skrzypnięcie drzwi wywołuje sen o napadzie zbójeckim i t. p. Podobieństwo między snem i podnietą nasunęło Maury'emu, d'Harvey'owi i Weygandt'owi myśl czynienia doświadczeń z sztucznie wywołanym snem. Wyniki ich wskazują, iż stosunek ten, jak się wyraził Maury, jest „une affinité quelconque, mais qui n'est pas unique et exclusive," Havelock Ellis zaś utrzymuje, iż podniety te tak mało wyjaśniają sen, jak dzwonek listonosza treść przyniesionego przezeń listu.

b) Inni autorowie kładą nacisk na wewnętrzną podnietę cielesną. Nasze wewnętrzne organy, o których w stanie zdrowia nic nie wiemy, stają się w stanie chorobowym źródłem przykrych uczuć, stąd sercowo chorzy śnią o śmierci, piersiowo chorzy o uduszeniu i t. d. Z faktów tych wyciągnięto wniosek, iż organy nie koniecznie podlegać muszą chorobie, by wywołać sny, mogą czynić to bowiem i w stanie zdrowia (Krauss). Zależność snów od czuć wewnętrznych starał się doświadczalnie stwierdzić Mourly Vold, wyniki wypadły jednak nader miernie.

c) Inne znów źródło snów upatruje Wundt: w subjektywnych podnietach zmysłowych.

Fakt, że we śnie widzimy mnóstwo podobnych przedmiotów naprz. niezliczoną moc kwiatów, pereł, ptaków i t. d. przypisuje on subjektywnym czuciom wzrokowym i słuchowym, które na razie znane nam są jako subjektywne podrażnienia siatkówki, dzwonienie w uszach i t. p. Potwierdzają ten pogląd halucynacje hipnagogiczne, które według Joh. Müllera, Ladd'a powstają z wewnętrznego podrażnienia siatkówki.

d) O psychicznym źródle snów wspomina mała garstka autorów, Wundt wątpi nawet w możliwość snu na zasadzie

jedynie pobudzenia psychicznego i przypuszcza, iż towarzyszy mu zawsze jakaś podnieta cielesna. Wprost ogólnie uznane jest zdanie Tissié'go: „Les rêves d'origine absolument psychique n'existent pas.“

IV. Dlaczego zapominamy sen po przebudzeniu się? Zdarzają się wprawdzie fakty, jak podają niektórzy autorowie naprz. Delboeuf, iż sen zapamiętany został nawet po latach 25-iu a nawet 37-iu, lecz w większości wypadków sen albo zupełnie zapominamy, lub też przypominamy sobie z niego jedynie fragmenty, nic nie znaczące błahostki. Według Strümpell'a składają się na to okoliczności, iż sen jest jednorazowem przeżyciem, nie posiada tego porządku, co przeżycia na jawie, a więc trudno go doń włączyć, prócz tego darujemy snom bardzo małe zainteresowanie, ułatwiające ich zapomnienie. Iessen, Spitta, Egger utrzymują, iż nigdy sen zapamiętany nie jest takim, jakim go śniliśmy, uzupełniamy w nim bowiem samorzutnie nader liczne luki, przez co przekształcamy go i zmieniamy. Z poglądem tym wiąże się

V. Kwestja wartościowania snu jako wytworu psychicznego. W tym względzie mamy całą skalę wartości, poczynając od największego lekceważenia aż do stawiania snu powyżej działalności psychicznej na jawie. Lemoine, Hegel, Fechner, Maury, Radestock, Dugas, Binz utrzymują, iż sen jest absurdem, anarchją psychiczną i że zmienia człowieka rozsądnego w warjata. Spitta i Iodl podkreślają brak ktytycyzmu we śnie, Schleiermacher brak pojęć abstrakcyjnych, Stricker zanik logiki, Strümpell pogwałcenie prawa przyczynowości, Maury zwraca uwagę na kojarzenia, które we śnie mają tesame cechy, co i w niektórych chorobach umysłowych.

Temu obniżeniu wartości znów zaprzeczają Delboeuf i Havelock Ellis. Między innemi podkreślają, że w snach przeżywamy w krótkim czasie więcej, niż na jawie. Chabeneix podaje zbiór faktów, według których poeci, uczeni, kompozytorowie rozwiązywali we śnie trapiące ich na jawie zagadnienia.

VI. Co się tyczy uczuć etycznych we śnie, to i w tym względzie panują najprzeciwniejsze poglądy. Radestock, Iessen i Volkelt utrzymują, iż ponieważ rozsą-

dek, smak estetyczny i sądy etyczne są we śnie zawieszone, więc we śnie jesteśmy bezwstydni i pozbawieni wszelkiego uczucia moralnego. Przeciw temu występuje Schopenhauer, twierdząc, jakoby we śnie każdy odpowiednio do swego charakteru postępował i mówił. Potwierdzają to Haffner, Stolz, Pfaff, Hildebrandt. Scholz przyznaje słuszność postępkowi tego rzymskiego imperatora, który kazał ściąć niewolnika za to, iż śnił o zabiciu cesarza, gdyż niewolnik musiał się nosić z podobną myślą, o ile śnił o niej. Im czystsze życie, tym czystszy sen.

Głębszy pogląd na tą kwestję wypowiada Kant, utrzymując, iż we śnie nie jesteśmy tem, czem w rzeczywistości, lecz czembyśmy być mogli, gdybyśmy posiadali inne wychowanie. Podobny pogląd wypowiada Maury: „dans le rêve c'est surtout l'homme instinctif qui se révèle."

VII. Co do funkcji, jaką spełnia sen, to niektórzy, jak Binz, utrzymują, że sen uważać należy w każdym wypadku za nieużyteczny, w wielu wypadkach zaś za wprost za szkodliwy przebieg psychiczny, inni zaś jak Robert wprost przeciwnie uważają sny za przejaw myśli obojętnych, płytkich, stłumionych w zaraniu. Gdyby człowiekowi odjęto zdolność śnienia, wpadłby w obłęd. Sny posiadają zatym leczniczą, przynoszącą ulgę, siłę. Delage sądzi, że nie tylko obcjętne myśli, lecz i te, któreśmy od siebie odepchnęli, przejawiają się we śnie. Zarówno on, jak i Burdach i Purkinje przypisują widzeniom sennym orzeźwiającą siłę. Sen jest obroną przeciw jednostajności życia, jest wypoczynkiem dla wyobraźni.

VIII. Stosunek między snem i chorobami umysłowemi zaznaczany bywa coraz częściej w czasach ostatnich. Mogą być pod tym rozumiane albo 1) etjologiczne i kliniczne stosunki naprz. jeśli sen poprzedza lub zastępuje stan psychotyczny albo 2) zmiany jakie zachodzą w snach podczas chorób umysłowych lub też 3) wewnętrzne stosunki między snem i psychozami, np. pewne analogje między niemi.

Co do pierwszego punktu podaje np. Sancte de Sanctis, jakoby wypadki paranoi poprzedzane były strasznemi snami. Férè cytuje wypadek, gdzie po śnie takim nastąpił histeryczny bezwład. Thomayer zwraca uwagę na sny takie jako równoważniki napadów epileptycznych. Tissié podaje

przykład manjaka, który w tydzień po wyzdrowieniu przeżył we śnie gonitwę wyobrażeń.

O bliskim pokrewieństwie między snem i obłędem wspomina wielka liczba autorów. Dla Kanta warjat—jest to śniący na jawie. Shopenhauer mówi, iż sen jest krótkim obłędem, obłęd zaś długim snem. Griesinger podaje obraz podobieństwa snu i psychozy:

a) zarówno widzenia senne jak i obłęd charakteryzują dziwaczne powiązania myśli i słabość sądu,

b) przesacowanie własnych zdolności znajdujemy w obydwóch wypadkach,

c) szybki bieg wyobrażeń we śnie odpowiada gonitwie wyobrażeń w psychozie,

d) w obydwu wypadkach brak miary czasu,

e) rozszczepienie osobowości we śnie (własne „ja" rozszczepia się na dwie osoby, z których jedna koryguje drugą) odpowiada podziałowi osobowości przy paranoi halucynacyjnej.

f) powtarzające się sny podobne są do stałych myśli obłędnych. Po wyzdrowieniu chorzy powiadają, że choroba wydała im się snem. Stąd wyciąga Radestock wniosek—obłęd jest to tylko zwiększeniem perjodycznie powracających normalnych snów.

II.

Z powodzi współczesnych prac o widzeniach sennych wyróżnia się przedewszystkiem swą oryginalnością dzieło psychjatry wiedeńskiego S. Freuda p. t. „Die Traumdeutung" [1]). Jego teorja snu różni się zasadniczo od poglądów wszystkich dotychczasowych badaczy. Sen nie jest według Freuda zjawiskiem stojącem po za naszą psychiką, lecz włączony być musi do szeregu faktów duchowych; każdy sen posiada swe znaczenie, zawiera jakąś ukrytą myśl, którą odcyfrować należy z pozornie niedorzecznej treści snu.

Ten pogląd Freuda zbliża się do sposobu pojmowania snu

[1]) Pierwsze wydanie w roku 1900; drugie 1904-ym, trzecie — 1911. Odsyłacze tego artykułu czynione są według drugiego wydania.

przez lud, który również stara się sen „wytłomaczyć". Tłomaczenie ludowe bywa jednak dwojakiego rodzaju: 1-o albo całą treść snu zamienia się inną, bardziej zrozumiałą (np. sen Faraona, w którym siedem krów tłustych służy symbolem siedmiu lat urodzajnych); 2-o albo też każdy fragment oddzielnie wyjaśnia się według stałego klucza (metoda szyfrowana). Przypuśćmy, iż śni się komuś ogień i list. Według takiego klucza ogień oznacza bogactwo, list zmartwienie. Pozostaje więc tylko takie oddzielne znaczenia powiązać w jeden sens.

Ponieważ klucz taki nie może się wylegitymować z gwarancji głoszonej prawdy, metoda ta oczywiście nie posiada żadnego naukowego znaczenia.

Metoda tłomaczenia snu Freuda zbliża się do ludowej metody szyfrowania. Freud nie bierze snu *en masse*, lecz *en detail*, podciągając każde niemal zdanie snu tłumaczeniem. Czyni to jednak nie według pewnego klucza, jak to bywa u ludu, lecz *według tych wszystkich myśli i pomysłów, które dana osoba do danego zdania swobodnie i bezkrytycznie kojarzy*. Jaśniejsze pojęcie o analizowaniu snu da klasyczny już dzisiaj w literaturze sen Freuda o Irmie.

W lecie 1895 r. Freud leczył swą psychoanalityczną metodą pewną panią zaprzyjaźnioną z jego domem. Kuracja zakończyła się tylko częściowem wyzdrowieniem, między nim a pacjentką wynikło bowiem nieporozumienie, gdyż pacjentka oburzyła się na Freuda za wyjaśnienie przyczyny jej choroby. Pacjentka przerwała kurację i wyjechała na wieś. W jakiś czas potem odwiedził Freuda młodszy jego kolega, który pacjentkę ową widział na letnisku i na zapytanie Freuda jak się ona miewa, odpowiedział: „lepiej, ale nie zupełnie dobrze". W tonie jego usłyszał jednak Freud wyrzut za niefortunną kurację, co go mocno uraziło. Tej samej nocy ma Freud sen następujący:

„śni mu się duża halla, w której przyjmuje gości. Między nimi jest owa pacientka (Irma). Freud bierze ją na stronę i czyni wyrzuty, iż nie przyjęła jego tłumaczenia. Jeśli czujesz bóle, mówi do niej, to twoja w tem wina. Na co ona odpowiada: Gdybyś wiedział jakie bóle uczuwam obecnie w gardle i żołądku. Freud patrzy na nią z lękiem. Jest blada i spuchnięta. Powstaje mu myśl, iż przeoczył u niej jakąś organiczną chorobę. Bierze ją do okna i chce zajrzeć do gardła. Ona wzdraga się jak kobiety, mające sztuczne zęby. Freudowi przychodzi na myśl, iż jest jej to niepotrzebne. Usta otwierają się wtedy z łatwością i Freud znajduje po prawej stronie dużą białą plamę, po drugiej zaś duże szare strupy... Wzywa więc prędko

Dr. M., który bada i stwierdza to samo. Dr. M. wygląda inaczej niż zwykle jest bladym, kulawym, niema brody. Przyjaciel Otto i przyjaciel Leopold stoją teraz również przy niej. Przyjaciel Leopold opukuje ją przez ubranie i powiada, iż z lewej strony znajduje się stłumienie i wkazuje na nacieczony ucząstek z lewej strony pleców (Freud wyczuwa to tak samo jak on po przez suknie). M. powiada, iż jest to bez kwestji infekcja, ale to nie szkodzi, dostanie jeszcze dyzenterji i wtedy cała trucizna wydzieli się. Wszyscy wiedzą, skąd ta infekcja pochodzi. Przyjaciel Otto zrobił jej niedawno injekcję propylem, propylenem, kwasem propionowym, trimethylaminem (którego formułę widzi Freud wyraźnie przed sobą). Podobnej injekcji nie robi się tak lekkomyślnie. Prawdopodobnie szprycówka była również nieczystą...“

Sen ten, jak widać, nawiązuje w części do wypadków dnia poprzedniego i zaszłych już faktów. Sensu jego, to jest myśli przewodniej, którą zawiera, dopatrzeć się trudno. Freud przeprowadził więc szczegółową analizę tego snu, to jest przy każdem zdaniu pozwalał bezkrytycznie powstawać wszystkim kojarzącym się myślom... Wtedy znaczenie tego snu z najznamienniejszych jego zdań przedstawia się jak następuje:

Freud przypisuje Irmie winę, jeśli uczuwa ona jeszcze ból — w zdaniu tem wyraża się życzenie by pacjentka sama była winną swych dolegliwości (gdyż nie pojęła jego tłumaczenia choroby).

Przestrach, z powodu przeoczenia jakiejś organicznej choroby... jest to częsty przestrach specjalisty, który zwykł histerji przypisywać wiele cierpień, uważanych przez innych lekarzy za organiczne... Przestrach ten nie jest jednak uczciwy, wyraża on raczej życzenie, by rzeczywiście był błąd w djagnozie (cierpienie jest organicznej natury) więc nie dotyczy go zarzut, iż kuracja Irmy się nie powiodła.

Freud bierze ją do okna, zagląda do gardła, ona wzdraga się jak kobiety mające sztuczne zęby i t. d. Przy zdaniu tem przychodzi mu na myśl, iż do gardła Irmy nigdy nie zaglądał. Ale niedawno badał guwernantkę, która zrobiła na nim wrażenie młodej i pięknej, przy otwarciu ust starała się jednak ukryć swe sztuczne zęby. Z wypadkiem tym łączy się cały szereg drobnych lekarskich tajemnic przy badaniu pacjentów. Sposób, w jaki Irma stoi przy oknie przypomina mu jej przyjaciółkę, również histeryczkę, która mogłaby się poddać jego kuracji, lecz nie chce tego uczynić. Teraz powstaje przed nim obraz jeszcze jednej osoby, również nie będącej jego pacjentką, lecz którąby chciał leczyć Irma więc zjawia się we śnie z oznakami dwóch innych pacjentek i fakt ten wskazuje, jak bardzo życzyłby sobie Freud innych zamiast niej pacjentek. „Usta otworzyłyby się wtedy lepiej“, to jest tamte powiedziałyby o swej chorobie więcej, niż Irma...

Dr. M. powiada: to jest infekcja, lecz nic nie szkodzi, przyłączy się jeszcze dyzenterja i cała trucizna wydzieli się...

Wyrażenia te są naigrywaniem się z Dr. M. Dr. M. opowiadał przed kilku laty Freudowi, iż zawezwany na konsultację wraz z innym kolegą

zwrócił mu uwagę na wydzielanie się białka u chorego, na co kolega odparł: „nic nie szkodzi, białko się już samo wydzieli“. Kładąc w usta Dr. M. odpowiedź, którą on sam niegdyś wyśmiał, Freud w ten sposób mści się na koledze, nie znającego się na histerji i zarzucającego mu niedostateczność przeprowadzonej u Irmy kuracji.

Trymethylamin, którego formułkę drukowaną widzi Freud jasno przed sobą, przypomina mu teorję chemji seksualnej jednego z jego przyjaciół, według której trimethylamin jest jednym z produktów seksualnej przemiany materji. Trimeth, naprowadza w ten sposób na seksualność, moment według Freuda najważniejszy w etjologji nerwicy. Irma jest młodą wdową, ta okoliczność wpływa wielce na niepowodzenie kuracji...

Szprycówka była pewnie nieczystą... odnosi się do jednego wypadku injekcji morfiny. Pacjentka Freuda, której na wsi injekcje podobne czynił przyjaciel Otto, dostała zapalenia żył. Dowiedziawszy się o tem, Freud z dumą pomyślał, iż w ciągu dwuletnich zastrzykiwań u tej staruszki nie zdarzyło mu się nic podobnego... Jest więc sumienniejszy od Dr. Otta, którego posądza w ten sposób o przyczynieniu się do choroby Irmy.

Analiza tego snu wykazuje spełnienie kilku życzeń wywołanych poprzedniego wieczoru opowiadaniem przyjaciela o stanie Irmy. Według zdarzeń we śnie Freud nie jest winny dotychczas trwającej chorobie Irmy i nie może ponosić za nią odpowiedzialności, gdyż spowodowała ją jakaś organiczna choroba, jej wdowieństwo, injekcja zrobiona przez przyjaciela Otto. Sen więc przedstawił taki stan rzeczy, jaki sobie Freud życzy, treść snu jest zatem spełnieniem pewnego życzenia. W śnie tym są jeszcze inne momenty: zemsta na przyjacielu Otto, wyrażająca się w posądzeniu go o wstrzykiwanie nieczystą szpryczką, zemsta nad dr M. w przypisywaniu mu głupiego sądu, zemsta nad Irmą (życzenie sobie innej pacjentki) i t. d. Są to jednak momenty drugorzędne. Najważniejszym jest fakt, iż sen spełnia życzenie, że motywem snu jest życzenie.

III.

Zachodzi oczywiście pytanie, czy tylko ten dany sen posiada cechę spełnionego życzenia, czy też można się tej cechy dopatrzeć w każdym śnie. Freud utrzymuje, iż każdy bez wyjątku sen jest spełnionem życzeniem.

Zdanie to bezpośrednio potwierdzają sny u dzieci, u których czynności umysłowe są mniej skomplikowane. Mają one niezło-

żone sny życzeniowe. Wszystkie opowiadania dzieci o rozmaitych przygodach i potyczkach z rozbójnikami, o wojennych wyprawach, które im się śnią są niczem innem, jak realizacją ich pragnień, wywołanych czytaniem. I u dorosłych sen nieraz zupełnie jawnie jest spełnieniem życzenia (dzieje się to jednak według Freuda nader rzadko). Bardzo wiele osób wspomina o uczuciu pragnienia, z jakim się budzi, bezpośrednio przedtym śniąc, iż pije wodę wielkiemi haustami. Powodem tego niezłożonego snu jest pragnienie, wywołujące życzenie picia, sen zaś spełnia to życzenie. Charakter życzeniowy snu jest zresztą znany ludowi. Mówi się „ani nam się śniło o tem", gdy rzeczywistość przewyższa nasze oczekiwania.

Jednak obok snów o tym właśnie charakterze, każdy ma widzenia senne, nie wyrażające pozornie jakichkolwiek życzeń. Znane są każdemu fakty, gdy ze snu budzimy się ze strachem, zroszeni potem, szczęśliwi, że wszystko co się śniło, było tylko snem. Według Scholtza i Volhelta śnimy częściej sny przykre, niż przyjemne; według obliczeń amerykanek Weed i Hallam tylko 28% ich snów posiadało treść przyjemną. Jak pogodzić te fakty z twierdzeniem jakoby każdy sen wyrażał spełnienie życzenia?

Na to odpowiada Freud w sposób następujący:

Sny posiadają treść jawną i utajoną (manifesten und latenten Inhalt). Sen o Irmie posiadał treść utajoną, która stała się nam jasną dopiero po analizie. Sny przykre posiadają jawną treść o charakterze nieprzyjemnym, utajona ich treść wyraża jednak zawsze spełnienie życzenia.

To z pozoru tak paradoksalne twierdzenie dwodzi Freud analizami snów. Jedna z pacjentek jego śni naprz., iż mały jej braciszek leży w trumience martwy, z założonemi rączkami. Wygląda jak jego starszy braciszek, którego niedawna śmierć wzruszyła ją do głębi. Gdzież tu jest spełnienie życzenia? Ani na chwilę nie może przypuścić, by nad wyraz kochanej siostrze życzyła śmierci jedynego pozostałego jej dziecka, którą sama bardzo kochała.

Analiza snu wykazała jednak, iż życzenie snu było więc następujące: gdyby i drugi malec umarł, przyszedłby znów kondolencje składać mej siostrze człowiek, którego kocham, a którego rzadko tylko widuję. Sen ten jest więc życzeniem spotkania się.

Dlaczego życzenie to ubrane jednak było w formę, pod którą trudno go się było domyśleć. Według głosu rozumu należało wszelkiemi siłami stłumić uczucie, dla utajenia więc tego życzenia sen wybrał sytuację, w której życzenia takie zwykle są powściągane. I to jest ogólną regułą: gdzie spełnienie życzenia przejawia się w zmienionej postaci, tam musiała istnieć dążność do stłumienia tego życzenia i wskutek tego stłumienia przejawiło się ono w zmienionej formie. Każde życzenie — powiada Freud — znajdujące się w kolizji z panującemi stosunkami społecznemi lub wywołujące konflikt z jakimś innem naszem życzeniem, zostaje odparte, stłumione, lecz nie ginie w naszej psychice, a żyje dalej w naszej podświadomości. Do świadomości nie przepuszcza je cenzura psychiczna. Żadne życzenie nie przedostaje się do naszej świadomości bez przejścia przez cenzurę psychiczną i cenzura psychiczna nie przepuszcza nic do świadomości bez wywarcia swych praw. Pod działaniem tych dwu sił: jednej pragnącej wyrazić życzenie, drugiej stanowiącej cenzurę tego życzenia powstaje sen. Przykra treść snu jest to forma, za pomocą której usypiamy czujność cenzury, jeśli sen zawiera życzenie, którego cenzura przepuścić nie może. Najogólniej więc tak formułuje Freud istotę snu: sen jest to w przebranej formie spełnienie stłumionego życzenia[1]).

Skąd pochodzą życzenia snu? Jakie są możliwości ich powstawania? Freud przytacza ich cztery:

1) życzenie powstałe w nas we dnie i nie mogące znaleźć zaspokojenia z powodu zewnętrznych okoliczności. Pozostaje więc dla marzeń sennych uznane wprawdzie, ale niezaspokojone życzenie (naprz. gdy dziecko śni o przejażdżce, której go w dzień pozbawiono).

---

[1]) Co się tyczy snów, z których zrywamy się z przestrachem, to należą one, według Freuda, w większości wypadków do psychologji nerwic. To, co śnimy, nie wywołuje w nas przestrachu, lecz widzenia senne wzbudzają w nas ten afekt, gdyż jesteśmy już pod jego panowaniem. Sny te są zwykle (utajonej) treści seksualnej. U zdrowego człowieka strach we śnie jest zwykle reakcją przeciw wyrażającemu się we śnie życzeniu.

2) życzenie mogło powstać we dnie, lecz zostało stłumione, wtedy mamy życzenie niezaspokojone i stłumione.

3) może ono nie stać w żadnym związku z życzeniem dnia i należeć do tych życzeń, które dopiero powstały w nas w nocy ze sfery stłumionych pragnień.

4) życzenia aktualne powstające w nocy z przyczyn somatycznych naprz. sny wywołane pragnieniem.

Freud nie wyobraża sobie jednak, aby wszystkie drobne życzenia człowieka dorosłego mogły przejawiać się we śnie. Drobne życzenie przejawić się może tylko wtedy, gdy może ono obudzić w podświadomości drugie, podobne mu życzenie i w ten sposób zostać wzmocnionem. Myśl zrodzona we dnie odgrywa rolę przedsiębiorcy, któremu jednak dla zamienienia zamiaru w czyn potrzebny jest kapitał. Takim kapitalistą dla utworzenia snu jest podświadome życzenie [1]).

Wszystko więc co śnimy, jest ważne dla nas. „Der Traum gibt sich nie mit Kleinigkeiten ab, um geringes lassen wir uns im Schlafe nicht stören". Źródłem snów mogą więc być:

a) niedawne i psychicznie ważne przeżycie, które zostaje bezpośrednio we śnie przedstawione (sen o Irmie),

b) kilka niedawnych ważnych przeżyć, przez sen w jedność złączonych,

c) jedno lub kilka niedawnych i ważnych przeżyć, wyrażone we śnie zapomocą równoczesnego lecz obojętnego przeżycia.

d) ważne wewnętrzne przeżycie (wspomnienie, myśl), przedstawione we śnie regularnie zapomocą niedawnego, obojętnego przeżycia.

IV.

Materjał jawnej treści snu składa się według Freuda niekiedy z somatycznego elementu, głównie zaś z wspomnień dzieciństwa i najbanalniejszych przeżyć ostatnich dni, przeważnie dnia poprzedzającego sen, jak to stwierdziło już i wielu innych badaczy. Rola jednak, którą każdy z tych czynników według Freuda

[1]) Freud snuje dalej to porównanie: kapitalista może być sam przedsiębiorcą; przedsiębiorca może sam wnieść część kapitału; wielu przedsiębiorców zwrócić się może do tego samego kapitalisty, kilku kapitalistów może się złożyć na wymagany przez przedsiębiorców kapitał.

odgrywa, zarówno jak i wyjaśnienie ich współudziału znajduje się w najściślejszym stosunku z jego poglądem na pochodzenie psychiczne snu.

Somatyczne przyczyny odgrywają dlatego u Freuda nader podrzędną rolę w wywoływaniu snów. Freud nie neguje wypadków, w których silne pragnienie wywołało sen o piciu wielkiemi haustami, lub wybuch piekielnej maszyny w nocy wywołał w Napoleonie sen o bitwie pod Arcolą i t. p., nazywa on jednak te sny „Bequemlichkeitsträume", sny pozwalające dalej spać, gdyż spełniają one już fakt, dla którego należałoby się obudzić. Naogół jednak rozmaite sensacje otrzymane we śnie łączą się z aktualnym psychicznym materjałem i w ten sposób wspólnie tworzą materjał snu. Naturalnie, podobne połączenie nie następuje zawsze; o ile podrażnienie somatyczne jest zbyt intensywne, wtedy wywołuje przebudzenie, o ile zaś nie jest zbyt intensywne, to wchodzi do snu także tylko o tyle, o ile nadaje się do jego treści. Freud porównywa somatyczny materjał snu do drogiego kamienia naprz. onyxu, który dano artyście by w nim coś wyrył. Wielkość kamienia, jego barwa, kształt i t. p. własności decydować będą, jaka scena lub głowa zostanie w nim wyrytą, wtedy gdy dostateczna ilość marmuru lub piaskowca pozwala artyście kierować się jedynie własnym pomysłem. Istota snu nie zmienia się więc przez to połączenie somatycznego materjału z psychicznem źródłem snu. Niedostateczność somatycznych podrażnień jako ogólnej przyczyny dla wywołania snu przejawia się według Freuda w fakcie, że na jakieś podrażnienie (naprz. dotykowe) możliwe są najrozmaitsze odczyny:

1. podrażnienie może zostać niepostrzeżone i zauważone dopiero po przebudzeniu się, naprz. odkryte podczas snu ramię.

2. można uczuwać we śnie ból, lecz ból ten nie zostaje wplecionym do widzenia sennego.

3. można przebudzić się wskutek podrażnienia, by je usunąć.

4. podrażnienie może wywołać sen.

Odpowiednio do wielorakości tych konstelacji, zewnętrzne objektywne podrażnienia przejawiają się u jednych osób częściej, u drugich rzadziej, zależnie również od tego, czy kto łatwiej lub trudniej zostaje zbudzonym ze snu. Drugi rodzaj materjału snu, wspomnienia dzieciństwa przejawia się w najrozmaitszy sposób:

a) bezpośrednio naprz. pewien pan, który po dwudziestu latach niebytności ma wrócić do ojczyzny, śni w obcej zupełnie miejscowości, gdzie spotyka zupełnie nieznanego mu człowieka. Powróciwszy do ojczyzny, przekonywa się, iż miejscowość owa leży w najbliższym sąsiedztwie jego domostwa, a nieznajomy pan jest starym dawno zapomnianym przyjacielem jego ojca. Miejscowość i pan znane mu były zatem w dzieciństwie i ukazały się we śnie po latach 20-u jako spełnienie życzenia, gdy z niecierpliwością wyglądał powrotu do domu.

2. wspomnienie dzieciństwa powraca niezmienione w ciągu lat kilkunastu (t. zw. perennierender Traum). Lekarz pewien od najmłodszych lat stale co jakiś czas śni o żółtym lwie. Była to według słów matki jego ulubiona zabawka, o której zupełnie zapomniał.

3. wspomnienia dzieciństwa wchodzą do ukrytej treści snu jako życzenia, których spełnienie było marzeniem wieku dziecięcego. Odkryć je może tylko analiza. Według Freuda w każdym śnie łatwo stwierdzić nić, łączącą aktualne życzenie z jakimś przeżyciem dzieciństwa. Sen po części jest wieloznaczny, wyraża kilka życzeń, z których jedno nakrywa drugie, tak iż dojść można do życzenia z lat najmłodszych. Freud uogólnia to nawet, utrzymując, jakoby każdy sen spełniał życzenie dzieciństwa.

Przeżycia dnia poprzedzającego sen, najwięcej obojętne i banalne są stałym materjałem widzeń sennych, jak to każdy łatwo stwierdzić może u siebie. Wrażenia z przed kilku dni, które odnajdujemy we śnie zostają na nowo wspomniane w dzień przed danym snem, powiedzieć więc można, iż te przeżycia wchodzą do snu, „über die man noch keine Nacht geschlafen hat". Wybór tych obojętnych i banalnych przeżyć tłumaczy Freud działaniem cenzury psychicznej. We śnie przenosimy nasze pragnienia na obojętne niedawno przeżyte wrażenia, gdyż najmniej ucierpią od cenzury psychicznej: obojętne dlatego, bo nie dają powodu do licznych kojarzeń, niedawno przeżyte dlatego, bo nie mają na to dość czasu.

V.

Ten materjał naszych snów zostaje według Freuda przez psychikę naszą opracowany, przekształcony w pewną spe-

cjalną, mianowicie, symboliczną formę. Sen podobny jest do rebusu, który należy rozwiązać. Z pozoru rebus jest nonsensem. Widzimy na nim naprz. dom, na którego dachu znajduje się łódka, następnie pojedyńcza litera, jeszcze dalej człowiek w biegu z urwaną głową i t. p. Zestawienia podobnego nie znajdujemy w rzeczywistości: łódka nie znajduje się na dachu, człowiek bez głowy nie może biedz, oddzielne litery lub sylaby nie znajdują się ani w lesie, ani na łące i t. p. Całość jednak rebusa można zrozumieć, gdy każdy obrazek zamienimy słowem lub zgłoską. Słowa dają się wtedy połączyć w najgłębsze zdania. To samo uczynić należy ze snem. Ten sam błąd, jaki popełniamy, osądzając rebus tylko jako kompozycję rysunkową, czynimy i wtedy, gdy sen bierzemy takim, jaki się nam ukazał.

Praca psychiczna, którą wykonywamy podczas snu dla utworzenia symbolicznych treści jest według Freuda dwojakiego rodzaju.

I. Praca zgęszczania (Verdichtungsarbeit). Sen jest lakoniczny, skąpy w porównaniu z bogactwem zawartych w nim myśli. Kilkolinjowy sen wymaga kilku stronic na spisanie jego istotnej treści. Zgęszczenie jest tak wielkie, że nigdy nie można być pewnym, czy się sen zupełnie wytłomaczyło i czy nie ukrywa się pod nim jeszcze jakaś myśl. Każdy sen jest wskutek tego „przedeterminowany". Każdy element snu zostaje kilkakrotnie przedstawiony w myślach snu, każda myśl zostaje przedstawioną zapomocą kilku elementów. Zgęszczenia nie należy więc wyobrażać sobie w ten sposób, by każda myśl przechodziła do snu w skróceniu, lecz wszystkie myśli podlegają pewnemu opracowaniu i tylko najbardziej w ten sposób zasilone elementy wchodzą do treści snu.

Podobnemu zgęszczeniu ulegają nie tylko myśli, lecz i postaci, miejscowości i słowa snu. W analizowanym śnie o Irmie mamy podobne zgęszczenie w osobie Irmy. Zjawia się ona we śnie z swemi rysami twarzy, lecz jej sposób stania przy oknie przypomina inną histeryczkę, jej wzdraganie się otworzenia ust nasuwa myśl o guwernantce, która to uczyniła, plamy w jej gardle są te same jak u pacjentki, zmarłej wskutek zakażenia i t. d. Irma jest więc zbiorową postacią całego szeregu osób. Freud porównywa tę pracę psychiczną zgęszczenia do Galtonowskiego sposobu fotografowania kilku osób kolejno na tej samej płycie,

przyczem podobne rysy występują silniej, niepodobne zaś zacierają się, stają się mniej widoczne.

Wyrazy dziwaczne, nigdy niesłyszane, nieznane utworzone są w ten sam sposób. Naprz. ze snu Freuda wyraz „norekdalski styl", składa się z nazw Nora i Ekdal, dwóch bohaterów Ibsena.

II. Drugą charakterystyczną pracą we śnie jest praca przesunięcia (Verschiebungsarbeit), polegająca na tym, by te myśli, które w treści snu odgrywają największą rolę, we śnie odgrywały najmniejszą i naodwrót. Sen jest bowiem wskutek cenzury inaczej ześrodkowanym, obraca się on koło innego punktu, niż myśli nasze, odtwarza on w skażonej postaci nasze życzenia, jest jakby przewartościowaniem wszystkich wartości.

Z tego powodu z intensywności widzeń sennych nie należy wnioskować o intensywności myśli w nich wyrażonych, te bowiem składniki snu są intensywne, w których się wyraża spełnienie życzenia i które są najlepiej determinowane. Intensywność snu nie należy mieszać z jego jasnością, gdyż zawiłość i niejasność snu są właściwie częścią jego treści. Jeśli jedna z pacjentek Freuda opowiada o „niejasnym" śnie, jakoby w pokoju było dużo osób, ona, jej mąż i jej ojciec, a ona nie wiedziała, kto właściwie jest jej ojcem i mężem i t. p., to analiza wykazała dość zwykłą historję służącej, niewiedzącej, kto właściwie jest ojcem jej mającego przyjść na świat dziecka. Takie samo przejawianie się treści w formie mamy i w tym wypadku, gdy sen składa się z kilku fragmentów, których zarówno ugrupowanie, jak i ilość posiada swe znaczenie, sen bowiem może przedstawiać logiczne stosunki myślowe tylko w obrazowy sposób, naprz. logiczny związek jako jednoczesność zjawisk, przyczynowy związek jako następczość dwu części snu i t. d.

III. Prócz przesunięcia intensywności istnieje jeszsze drugi rodzaj przesunięcia, wyrażający się w zamianie abstrakcyjnego bezbarwnego wyrazu na obrazowy i konkretny (wzgląd na przedstawialność). Wskutek tego sen widzimy po większej części w obrazach wzrocznych. Podobne przesunięcie służy przedewszystkiem dla lepszego przedstawienia treści, gdyż abstrakcyjne przedstawienie myśli we śnie byłoby również trudne jak przedstawienie wstępnego artykułu pisma zapomocą ilustracji. Następnie obrazowe i konkretne przedstawienie treści służy interesom cen

zury psychicznej, gdyż pozwala na dwuznaczniki. Sen jak i dowcip posługują się wyrazem, posiadającym 2 znaczenia, tak że jedno z nich może być użyte jako symbol drugiego. Dwuznaczność podobną mamy naprz. w śnie o Irmie, gdzie zdanie: „usta dobrze się otwierają“, rozumieć należy: „wtedy ona więcej powie“. Choćby najbardziej bezsensownym był obraz snu, ukrywa się jednak pod nim zawsze głęboki sens. Bezsensowność jego przypomina ludzi, udających głupich, by pod czapką błazeńską módz się bezkarnie najlepiej wypowiedzieć.

Mimo, że sen wyraża pewną myśl, ani sądy, ani mowa, ani liczenie we śnie nie są wytworem snu, lecz wchodzą do niego jako gotowy materjał naszych myśli na jawie. Jeśli nawet rozwiązujemy we śnie pewne zagadnienie, to nie jest to praca snu, lecz praca podświadoma jawy. Głosy słyszane we śnie, wypowiadające rady lub ostrzeżenia, jak się w następstwie okazało słusznem, są to myśli podświadome, które przeszły podświadomie do snu. Liczby widziane we śnie o rzekomo proroczem znaczeniu (los na loterję!) ulegają takiemu opracowaniu, jak i słowa. Jedna z pacjentek śni, iż „chce coś zapłacić. Gdy córka jej wyjmuje w tym celu 3 gul. 65 kr., ona jej powiada: co ty robisz! przecież to kosztuje tylko 21 koronę“. Z analizy okazuje się, że dama owa miała pozostać w Wiedniu do końca roku szkolnego córki t. j. jeszcze 3 tygodnie (21 kor.), dzień przed snem była jednak u nauczycielki córki i ta jej radziła, by i na przyszły rok zostawiła u niej dziewczynkę (3 g. 65 kr. = 365 dni). Wartości czasowe zostały więc przemienione w wartości pieniężne, gdyż czas to pieniądz, dla osoby mieszkającej przejazdem w Wiedniu. Małe sumy pieniężne są wyrazem życzenia, by i jej i pobyt córki jak najmniej kosztował. Sen więc nie liczy, lecz łączy liczby z treścią snu w formie rachunku.

Nietylko jednak czynności umysłowe są we śnie zawieszone, afekty są również powściągnięte. Jeżeli sobie przypomnimy, jak często w życiu codziennem powściąganie afektów służy obłudzie towarzyskiej, to jasnem jest, że powściąganie afektu we śnie służy cenzurze psychicznej. Tak jak w życiu wyrażamy jakiejś osobie inne uczucia, niż te, które posiadamy dla niej w rzeczywistości, to samo czynimy we śnie. Sen o wielkiej czułości okazywanej jakiejś osobie wyrażać może tylko nieprzychylny sąd o niej. Przytym zwrócić należy uwagę, iż afekt odłączyć należy

od treści snu, afekt należeć może do innej części snu, niż tej, z którą jest złączony. Możemy czuć smutek, śniąc najniewinniejszą sytuację i nie uczuwać żadnej przykrości z powodu śmierci drogich osób. Jest to jeszcze jeden skutek cenzury, z powodu której przeciwstawić należy utajoną i jawną treść snu.

IV. Opracowanie wtórne. Czwarty rodzaj pracy psychicznej to opracowanie wtórne (sekundäre Bearbeitung). Czynność ta ma na celu uczynienie snu najmniej bezsensowym. W ten sposób powstają sny nader logiczne, gdzie zarówno i sytuacja i wszystkie wypadki nie wykazują żadnych sprzeczności. Nie należy jednak stąd sądzić, by jawny ich sens był istotną myślą snu. Sny te są jak gdyby już raz przez nas tłomaczone, zanim zostaną tłumaczone na jawie. Podobne tendencyjne opracowanie rzadko tylko udaje się zupełnie, w wielu wypadkach jeden fragment snu jest tylko logicznym, w innych znów cały sen jest bezładnym.

Skutkiem właśnie takiego wtórnego opracowania zjawia się ta częsta samokrytyka we śnie, „to tylko sen". Krytyka ta ma jedynie na celu zmniejszenie znaczenia snu i umożliwienie dalszego jego snucia, służy więc do uśpienia cenzury, która mogłaby się poruszyć i przerwać dalszy ciąg snu. Freud wyobraża sobie, że ta pogardliwa krytyka „to tylko sen", zjawia się wtedy, gdy zapóźno stłumić sen, który obszedł cenzurę; ma więc ona na celu niezgłębianie rzeczywistego znaczenia snu. Jest to jakby esprit d'escalier psychicznej natury.

Tak jak wskutek cenzury sen skraca i opuszcza fragmenty, tak też powiększa je i wstawia nowe. Wstawienie te (zaczynamy opowiadanie takich fragmentów od słów „jak gdyby") posiadają najmniejszą zdolność zachowania się w pamięci. Wrażenie, jakie mamy, jakoby nam się dużo śniło z czego mało pamiętamy, pochodzi właśnie z zapomnienia podobnych wrażeń.

Choć Freud nie odmawia „opracowaniu wtórnemu" zdolności twórczej, jednak naogół czynności jego ogranicza do wyboru elementów snu z psychicznego materjału jawy. Nasze marzenia dzienne przechodzą dlatego albo całkowicie do jawnej treści snu, albo też podlegają procesowi zgęszczenia. Przejściem takich gotowych wytworów naszej wyobraźni do snu tłumaczy Freud fakt, iż w krótkim czasie przeżywamy we śnie bardzo wiele. Tak np. Maury podaje sen gdzie wskutek uderzenia deszczułką w kark

przebudził się, w krótkim przeciągu czasu, od uczucia uderzenia do przebudzenia, śniąc o francuskiej rewolucji, o gilotynowaniu go i t. p. Interesującą polemikę, jaka się wywiązała wskutek tego między Lorrain'em i Eggerem, czy zdolni jesteśmy rzeczywiście w tak krótkim przeciągu czasu tyle śnić, rozwiązuje Freud twierdzeniem, iż obraz rewolucji był już u Maury'ego skomponowanym na jawie (mogło to być w daleko wcześniejszej porze, nawet w dzieciństwie) i jako gotowy przeszedł następnie do snu.

Zapomnienie snów jest również według Freuda skutkiem działania cenzury psychicznej. Dowodem tego służy psychoanaliza, zapomocą której można nieraz wywołać wspomnienie zapomnianego fragmentu snu, przyczym okazuje się zawsze, iż ten z początku zapomniany, następnie przypomniany ustęp zawiera najważniejszy moment dla tłumaczenia snu. Właśnie dlatego, iż wyjaśniał nieraz cały sen, był on najwięcej narażonym na opór cenzury; gdy opór duchowy przeciw znaczeniu snu zostaje przezwyciężonym, wtedy sen zjawia się z powrotem w pamięci.

Uogólniając, duchowa praca przy tworzeniu snu składa się według Freuda z 2 czynności: wytworzenia myśli i przeistoczenia ich w treść snu. Myśli snu nie mają żadnego specjalnego stosunku do snu i nie powinny być rozważane wśród jego problematów, jedynie dlań charakterystyczną jest praca psychiczna, która zmienia nieświadome myśli na treść snu. Praca ta odróżnia się jakościowo od wzorów naszego myślenia na jawie: nie myśli, nie rachuje, nie rodzi, tylko ogranicza się na tym, by przekształcać. Przekształcenie to ma na celu uchylenie snu od cenzury psychicznej i dlatego posługuje się ono zgęszczeniem składników myśli, przesunięciem intensywności psychicznych i przedstawieniem całego materjału w wzrocznych obrazach.

VI.

Pomimo, że sen jest wyrazicielem życzenia jednostki, bywają jednak sny, które śnią się prawie wszystkim bez wyjątku, wyrażają więc jakby życzenia wspólne wszystkim ludziom. Sny takie nazywa Freud typowemi i w pierwszej linji zalicza do nich sen o śmierci drogich nam osób.

W snach tych należy odróżnić wypadki, kiedy mamy przytym uczucie przykre lub kiedy uczucia takiego brak. W tym

ostatnim wypadku można sny rozmaicie tłumaczyć, zwykle wyrażają one zupełnie inne życzenia, niż jawna ich treść, jak naprz. sen pacjentki o śmierci swego siostrzeńca, który był tylko pragnieniem spotkania kochanego człowieka. Sny zaś, których treścią jest śmierć i którym towarzyszy uczucie smutku i rozpaczy są typowe i wyrażają bezwzględnie pragnienie śmierci tego człowieka.

Wszelkie przeciw temu argumenty zbija Freud przedewszystkiem twierdzeniem, że życzenie podobne może nie być aktualne, lecz daje się przesunąć w wcześniejsze czasy, nawet w czasy dzieciństwa. Życzenie śmierci osobom drogim jest u dzieci rzeczą wprost powszednią, gdyż śmierć pojmują one jako nieobecność: ludzie umarli są tacy, jak dziadzio, który przestał przychodzić. Podobne życzenie śmierci lub nieobecności wypowiadają dzieci dość często względem przybywających na świat braciszków lub siostrzyczek, szczególnie gdy ich dzieli niewielka różnica wieku (2—3 lata). Dziecko jest wtedy zazdrosne o nowego przybysza, nie pozwala starszym zbliżać się do niego, odbiera każdą zabawkę i wyraża nader stanowcze życzenie, by go bocian zabrał z powrotem. Dopiero z biegiem czasu zjawiają się serdeczne uczucia dla rodzeństwa, lecz w podświadomości trwają jeszcze życzenia z wieku dziecięcego, które niekiedy tylko przejawiają się we śnie.

Co zaś do pragnienia śmierci własnym rodzicom, to jak Freud utrzymuje, pragnienie podobne córki dotyczy matki, zaś syna—ojca. Myśl ta wydaje nam się potworną, powiada Freud, tylko dlatego, ponieważ rozmyślnie zakrywamy oczy na rzeczywisty stan rzeczy. Świętości uczuć synowskich zaprzecza już mitologja grecka: Zeus spędza ojca i zajmuje jako władca jego miejsce, Kronos połyka swe dzieci i t. p. Po wszystkie czasy rodzice i dzieci, wskutek rozmaitych konfliktów życiowych, były jako dwa wrogie obozy. Z analiz psychoneurotyków wywnioskował Freud nader ważny czynnik, wywołujący życzenie śmierci jednego z rodziców: płciowe popędy zjawiają się u dzieci wcześnie i pierwsze ich skłonności skierowane są w stronę rodziców. Nie jest to wyjątkowy wypadek, gdy czteroletnia dziewczynka powiada: „teraz może sobie mama odejść, tatko musi się ze mną ożenić i ja chcę być jego żoną".

Ta specjalna miłość do jednego z rodziców, do drugiego zaś

nienawiść jest nietylko według Freuda symptomatyczną dla nerwic, lecz faktem ogólnym u ludzi normalnych. Jako potwierdzenie, przytacza Freud tragedję Sofoklesa — Edypa. Wstrząsające wrażenie, jakie wywiera po dziś dzień, przypisuje Freud nie przedstawieniu przeciwieństwa między przeznaczeniem a wolą człowieka, lecz wyborowi tematu, na którym to jest udowodnione. Edyp zabił ojca swego Zajasa i poślubił matkę swą Jokastę — oto jest spełnienie życzenia naszego dzieciństwa. Los Edypa wzrusza nas, gdyż nad nami wisi ta sama dola, takie sny edypowskie posiada każdy z nas. Zdaniem Freuda, Sofokles zaczerpnął treść swej tragedji ze snu i na dowód przytacza miejsce w tragedji, kiedy Jokasta uspakaja zrozpaczonego Edypa słowami:

...Denn viele Menschen sahen auch in Träumen schon sich zugesellt der Mutter...

Z tego samego założenia traktuje Freud Hamleta. Pytanie: dlaczego Hamlet nie mógł zabić króla, męża swej matki, choć zabił Laertesa?, które zostało w najrozmaitszy, lecz jak dotychczas w niezadawalający sposób rozwiązywane przez cały szereg autorów (Goethe, Türck i in.), interpretuje Freud w ten sposób: Hamlet nie może zabić króla, który usunął jego ojca i poślubił matkę, gdyż król ten zrealizował jego własne życzenie dzieciństwa. Jest on zmuszonym sobie samemu czynić wyrzuty, iż sam nie jest lepszym od grzesznika, którego pragnie ukarać—stąd niemożność wykonania zamiaru.

Sny typowe dzieli Freud na 2 grupy: sny, które rzeczywiście posiadają za każdym razem ten sam sens i sny, które mimo tej samej treści podlegają rozmaitym tłumaczeniom. Do pierwszej grupy należy sen o nagości, w ktorym przejawia się pragnienie dzieciństwa pozbycia się krępującego ubrania, sen o egzaminach, o wyrywaniu sobie zębów i t. d., do drugiej sny o tym, że się buja w powietrzu, pada na ziemię, pływa w wodzie, zwiedza ciasne uliczki i t. p. Są to według Freuda sny symboliczne o treści seksualnej.

Powstaje oczywiście pytanie, czy symbole te posiadają swe stałe znaczenie tak, jak pewne znaki w stenografji i czy wskutek tego nie możnaby ułożyć jakiegoś nowego sennika? Freud odpowiada, iż symbolika nie jest tylko właściwością snu, że również odnaleźć ją można w nutach, podaniach, przysłowiach i mowie ludu. Przytym symbol we śnie używany bywa czasami w wła-

ściwym jego sensie, czasami zaś śniący może użyć symbolu, jakim się nikt inny nie posługuje. Mimo to jednak należy uznać powszechność znaczenia niektórych symbolów. A więc: cesarz, cesarzowa, król i królowa przedstawiają zwykle rodziców śniącego, książe i księżniczka jest to śniący sam. Łatwo też zrozumiałe są takie symbole płciowe jak pnie, kije, parasole, szuflady, skrzynki, piece, pokoje i t. d. Stół jest również symbolem płciowym przez kojarzenie „stół i łoże", szereg pokoi, przez które gonimy, oznacza dom publiczny i t. d. Niema zresztą takiego wyobrażenia, któreby nie zostało użyte dla przedstawienia płciowych życzeń. Że przeważna część ludzi dorosłych ma sny symboliczne o treści płciowej tłumaczy Freud okolicznością, iż żaden popęd nie jest od dzieciństwa tak tłumionym, żaden nie pozostawia tyle niezaspokojonych pragnień. Nie należy jednak, jak się Freud wyraźnie zastrzega, przesadzać jego wyłączności w symbolach: „Man darf bei der Traumdeutung diese Bedeutung niemals vergessen, darf sie natürlich auch nich zur Ausschliesslichkeit übertreiben" (str. 197).

VII.

Dlaczego podświadomość może we śnie służyć tylko siłą pobudzającą do spełnienia życzeń? Freud odpowiada na to, iż już w pierwotnym stadjum naszej psychiki czynność duchowa wyraża się w życzeniu. Głodne dziecko krzykiem swym wyraża życzenie powtórzenia raz już doznanego uczucia zaspokojonego głodu. Nasz aparat psychiczny może być pierwotnie wogóle pobudzony do pracy tylko życzeniem. Obecnie do snu wygnane zostało to, co w naszym dzieciństwie panowało na jawie. „Das Träumen ist ein Stück des überwundenen Kinderseelenlebens (str. 349). Sen jest więc z tego powodu za każdym razem spełnieniem życzenia, gdyż jest on działaniem podświadomości, która nie ma innego celu swej pracy jak spełnienie życzenia.

Jeżeli podświadomość istnieje, to sen oczywiście nie może być jej jedynym przejawem, muszą być i inne formy spełniania życzeń podświadomych. Zdaniem Freuda, sen nie jest odosobnionym zjawiskiem naszej psychiki, lecz tylko pierwszym ogniwem długiego szeregu zjawisk, w których wyraża się spełnienie życzenia. Komu się nie udaje urzeczywistnić swych pragnień bądź

z powodu własnej słabości, bądź niesprzyjających okoliczności, ten odwraca się od świata realnego i w świecie wyobraźni szuka ich realizacji. Marzenia dzienne są jedną z form urzeczywistnienia życzeń. Jeżeli osobnik, będący w niezgodzie z rzeczywistością, posiada zdolność twórczą, wtedy świat swych pragnień wyrażać nie będzie w swych utworach. (Potwierdzili to zdanie Freuda Abraham [1]), Riklin [2]) i Rank[3]), według których mity i bajki są naogół wyrazem spełnionych życzeń). Gdy zaś niespełnione, niezaspokojone życzenia nie mogą zostać stłumione i powodują silne konflikty, wtedy przy danej niedyspozycji osobnik zapada na nerwicę. Histerja według Freuda powstaje na tle stłumienia przykrych przeżyć. Symptomaty jej uwarunkowane są ściśle treścią stłumionych przeżyć. Każdy symptomat jest wyrazem podświadomego spełnionego życzenia, każdy zastępuje pewne, afektywne przeżycie. Według porównania Freuda, jak dawniej chroniono się w klasztorze, tak obecnie szukamy ochrony przed samym sobą w chorobie. Identyczne mechanizmy wykazuje również i psychopatologja ludzi normalnych. Wszystkie uczucia, afekty i porywy, które niejednokrotnie musimy w sobie stłumić w celu przystosowania się do pewnych warunków życia, pewnych stosunków towarzyskich i t. p. powracają do naszej świadomości i przejawiają się jako zapomnienie nazw, cytat, przyrzeczeń, postanowień, jako omyłki w mowie, w piśmie, uchybienia w postępkach i t. p. Zapomnienia są nieraz tylko spełnieniem stłumionego życzenia: zapominamy o przyrzeczeniach danych z musu a nie istotnej chęci, zapominamy oddać pożyczone książki, terminu długu, lekarze zapominają najczęściej odwiedzać bezpłatnych pacjentów. Niezręczności popełniane w stosunku do innych ludzi i grożące nieraz ich życiu skrywają podświadomy umysł (analogja do uśmiercania drogich osób we śnie). Bezwiedne czynności, jak rysowanie ołówkiem, dzwonienie monetami i t. p. są usymbolizowaniem stłumionych treści psychicznych. Dowcip jest według

[1]) Traum und Mythus.

[2]) Wunschenfüllung und Symbolik im Märchen.

[3]) Mythus von der Geburt des Helden. Versuch e. psychologischen Mythendeutung.

Freuda również wynikiem takich samych przebiegów psychicznych, jakie wytwarzają sen (zgęszczenie, przesunięcie intesywności, udział podświadomości w tworzeniu go i t. d.). Sen posiadający cechy wspólne tylu różnorodnym zjawiskom jest więc „ein vollgültiges psychisches Phänomen.“ Jest on środkiem wykrycia tych afektywnych przeżyć, które sprowadzają rozmaite psychozy i nerwice. Dlatego też powiada Freud w swej „Psychoanalyse“—„tłomaczenie snów jest to via regia do poznania podświadomości, jest najpewniejszą podstawą psychoanalizy i wyćwiczyć się w niej winien każdy pracujący na niwie psychjatrji. Gdyby mnie kto zapytał w jaki sposób zostać psychoanalitykiem, powiedziałbym: tylko przez badanie własnych snów.“

CZĘŚĆ II.

KRYTYCZNA OCENA TEORJI FREUDA.

I.

Teorja snu Freuda, brzmiąca jak paradoks, zdobyła gorących obrońców u t. zw. „szkoły zurychskiej” (Bleuler, Jung, Riklin, Maeder i in.) i wywołała surową krytykę wybitnych psychjatrów i neurologów, (Kraepelin, Oppenheim, Hoche, Heilbronner, Nacke i in). Krytyka ta jednak w większości wypadków była teoretyczną, nie opartą na sprawdzaniu faktów, wtedy gdy teorję Freuda omawiać można jedynie na zasadzie faktycznych danych. Dla zdobycia samodzielnego poglądu na tę tak ważną dla psychologów kwestję, postanowiłam sny swe skrzętnie notować i systematycznie poddawać je psychoanalizie.

Zadanie okazało się trudniejszem, niż się pozornie wydaje, z początku ważną przeszkodą w badaniu snów stanowiła okoliczność, iż mi się nader rzadko coś śniło, przyczym widzenia były niejasne i niewyraźne. Po kilku tygodniach stwierdziłam jednak słuszność uwagi: rzadko śnić znaczy źle pamiętać swe sny. W epoce, w której bardzo usilnie zajmowałam się tą kwestją, śniło mi się coś prawie codziennie i miewałam prawie zawsze po dwa sny jednocześnie, skutkiem czego mówić mogłam

o jakiemś „Zweiträumensystem". Przytym sny stawały się z biegiem czasu tak wyraźne i plastyczne, że przerwać musiałam wreszcie ich notowanie, nie mogłam się bowiem nieraz zorjentować, czy dane wspomnienie było faktem rzeczywistym, czy też prześnionym. Sądziłam zrazu, że zarówno ilość snów jak i wyrazistość ich jest skutkiem autosuggestji, spowodowanej chęcią zebrania jak największego materjału, przekonałam się jednak, jak najsilniejsze nawet pragnienie widzenia we śnie określonej osoby lub zdarzenia nigdy się nie spełniło, również nie śniłam i wówczas, gdy mówiłam sobie: muszę mieć nocy dzisiejszej sen. Świadoma wola nie wywiera więc wpływu na widzenia senne. Natomiast stwierdziłam wpływ t. zw. nastawienia psychicznego (Einstellung) na pamiętanie snów. Gdy z początku uwagę mą skierowałam wyłącznie na skonstatowanie spełnionego życzenia, po przebudzeniu zostawał mi wyraźnie w pamięci ten fragment snu, który jaskrawo mówił o spełnieniu życzenia. Gdy stwierdzić pragnęłam somatyczne wpływy, pamiętałam w danym czasie wyłącznie fragmenty snu, bezpośrednio tyczące się danej kwestji. Pamiętam więc to, czym się w danym momencie interesowałam.

Oczywiście tłomaczy to fakt, dlaczego ci, którzy przystępują do teorji Freuda z bezwzględną w nią wiarą, stwierdzić mogą prawdziwość jego poglądów, uwaga ich bowiem skierowana jest wtedy na pewne wskazane przez Freuda strony tego zjawiska. Tłomaczy to zarazem, dlaczego ci, którzy Freuda mają za fantastę, odnajdują w swym snach potwierdzenie swego a priori krytycznego stanowiska. Jakiekolwiekbądź zgóry powzięte sądy wpływają w ten sposób decydująco na wyniki badania zjawiska snu[1]).

Dalszą trudność badania snów metodą Freuda stanowiła sama technika analizowania. Według polecenia Freuda należy swobodnie kojarzyć wyobrażenia i myśli do każdego elementu snu. Dosłowne wypełnienie tego przepisu przy systematycznem

---

[1]) Analogicznie do tego powiada Freud, iż wielu pacjentów jego miało sny, które zdawały się wprost zaprzeczać jego teorji. „Die eine Triebkraft dieser Träume ist der Wunsch, dass ich unrecht haben soll" (str. 113). Zdaniem moim, sny te mogły być tylko źle zapamiętane; bezwiednie wypuszczono z nich to, co przemawiałoby za Freudem.

analizowaniu okazuje się zbytecznem. Wskutek nawiązania snu do przeżyć jawy w większości wypadków znaczenie snu stawało się odrazu wiadomem, myśli i szczegóły wyjaśniające nasuwały się już potym same i potwierdzały pierwsze przypuszczenie. Tylko wtedy, gdy sen nie był odrazu zrozumiałym, posługiwałam się swobodnem kojarzeniem. Otrzymałam w ten sposób nieraz uderzające wyniki, usprawiedliwiające zupełnie ten sposób badania, lecz zdarzały się również wypadki, gdy kojarzeń nie było, lub gdy nie dały żadnych wyników. Na podobne kojarzenie wielce ujemnie wpływa ten zgóry wiadomy analizującemu pewnik, iż sen jest spełnieniem życzenia, mimowoli więc szukamy w umyśle faktów, mających treść życzeniową. Samo tłomaczenie snu metodą psychoanalityczną posiada z tego powodu wiele podobieństwa do rozwiązywania zadania matematycznego, którego odpowiedź wiadoma jest zgóry, zadanie więc przerabia się dotąd, dopóki nie wypada wymagana odpowiedź. Tak się na początku miała rzecz u mnie i mam wrażenie z podawanych analiz snów Steckla, Maedera, Hanusa Sachsa i in., że i u nich s t a l e zachodzi to samo. O ile jednak zgóry wiadoma odpowiedź zadania otrzymaną zostaje drogą niezmiennych matematycznych reguł i fakt zgodności z nią danego rozwiązania przemawia za prawidłowym biegiem działań, o tyle zdanie „sen jest spełnieniem życzenia" nie jest aksjomatem, i dążenie do tego wyniku drogą swobodnego kojarzenia może sprowadzić naciąganie faktów do pewnego twierdzenia. Nadają się do tego znakomicie niejasne, nieścisłe fragmenty snu, łatwo więc nawet bezwiednie dodać, opuścić lub przeinaczyć szczegóły, by przedstawić sen jako wyraz tego lub innego życzenia lub jako potwierdzenie tej lub innej teorji. Szczególniej łatwo to uczynić, gdy sen nie analizuje się natychmiast po przebudzeniu, lecz dopiero po kilku dniach lub tygodniach—w tym drugim wypadku, mając już pewną perspektywę na ubiegłe zdarzenia, łatwiej przystosować do nich obrazy senne. Przekonałam się o tym niejednokrotnie, analizując po kilku miesiącach sen raz już zanalizowany. Tłomaczenie było wtedy daleko dowolniejsze, swobodniejsze, niż gdy pamiętałam wszystkie drobne zajęcia poprzedzających sen dni; analiza wtórna okazywała się zawsze (za dwoma wyjątkami na 60 snów) niezgodną z pierwszą, przytym stale fantastyczniejszą. Sceptycyzm wobec analiz snów wydaje mi się z tych wszystkich powyższych

powodów nader uprawnionym. Jesteśmy w tym względzie całkowicie zdani na uczciwę wolę psychoanalityków. Niejaką rękojmię prawdziwości względem analizy własnych snów posiadam w towarzyszącym jej specjalnie uczuciu przeświadczenia, że rzecz ma się tak, a nie inaczej. Pomimo subjektywności tego dowodu, tylko takie analizy brałam pod uwagę.

II

Analizę snów czyniłam w ciągu 2 lat bez przerwy (ma 1910—1912), były tylko epoki mniejszego lub większego zainteresowania się nimi. Z 220 zanotowanych w ciągu tego czasu snów znaczna większość, 70 %, wyraża spełnienie życzenia, 20% stanowią sny o znaczeniu zupełnie mi jasnem, lecz nieżyczeniowem, reszta zaś snów oparła się analizie t. j. nie miałam do nich bądź żadnych kojarzeń, bądź też jeden lub dwa fragmenty zaledwie były mi zrozumiałe. Cyfrom powyższym nie należy nadawać absolutnego znaczenia, służą one dla ilustracji faktów i są wielkością nader zmienną. Bywały tygodnie, podczas których miewałam sny nader wyraźne, wtedy ustosunkowanie zmieniło się na korzyść snów zanalizowanych, bywały okresy znów mglistych zagmatwanych, wtedy % niezrozumiałych niewyjaśnionych widzeń się zwiększał. Na liczbę snów życzeniowych wpływały głównie przeżycia danego okresu życia: epoka pragnień miała ich więcej, epoka urzeczywistnień — mniej. Zresztą i sam charakter osobnika odgrywa tu, zdaje się, wielką rolę: są ludzie zawsze czegoś pragnący, do czegoś dążący, są też inni, którzy łatwiej zadawalają się tym, co im rzeczywistość dobrowolnie ofiarowuje. Wziąwszy te względy pod uwagę, zaprzeczyć musimy jakoby wyłączną cechę snu stanowiło przejawianie się życzeń. Chęci i pragnienia stanowia najistotniejszą część naszej psychiki, stąd zrozumiałą jest **p r z e w a g a** snów życzeniowych [1]), lecz obok

[1]) F. HACKER, który snów swych nie badał wprawdzie metodą psychoanalityczną, lecz znając teorję Freuda pragnął się przekonać o jej prawdziwości, powiada: „ich muss aber sagen, dass ich trotzdem ich meine Träume genau daraufhin untersuchte bei weitem nicht in allen Wünsche finden konnte... am häufigsten fand ich Wünsche in den Träumen vor dem Erwachen zur gewohnten Zeit, in denen des ganz tiefen Schlafes ebenso

ż y c z e ń, sen może również wyrazić spełnienie obaw, trwożnych myśli, przykrych przypuszczeń.[1]) Tłomaczenie Freuda, jakoby pod nieprzyjemną treścią snu ukrywało się spełnienie życzenia, sprawdza się w wielu wypadkach, lecz nie jest regułą. Weźmy naprz sen: [2])

„Pannie R., bliskiej mej znajomej, amputują nogę powyżej kolana. Operacji dokonał Dr. Z., który odciętą nogę zawinął w papier i kazał schować. Pannie Z. nic o tym nie powiedziano, wstaje ona ze stołu operacyjnego i chce się położyć na kanapę, bo jest zmęczona. Naraz, gdy siada, czuje, że niema drugiej nogi, kładzie się więc na poduszki i cicho połyka łzy. Ja, współczując temu wielkiemu nieszczęściu, wybucham głośnym płaczem. Myślę przytym: biedny pan R., teraz córka jego nie będzie mogła pracować".

Mimo przykrej treści, sen spełnia życzenie. Poprzedniego dnia rozmawiałam z panem R., który wyraził swe niezadowolenie, że córka jego nie zarabia na swe utrzymanie i miast pracować, stroi się i myśli o zabawach. Usprawiedliwiałam jak mogłam swawolną dziewczynę, ale zagniewanemu ojcu żaden argument nie trafiał do przekonania. We śnie usprawiedliwiam ją lepiej, czyniąc z niej kalekę.

Obok jednak snów dających się interpretować jako spełnienia jakiejś chęci, skonstatować można sny, odtwarzające niemiłe sytuacje, przewidywane z obawą na jawie.

P r z y k ł a d y:

1) Wykładam na pensji żeńskiej psychologję. Na pierwszych lekcjach uczenice zachowywały się nader niesfornie. Oba-

---

wie in den Schlummerbildern fand ich dagegen gar keine Wünsche (S y s t e m a t i s c h e T r a u m b e o b a c h t u n g e n m i t b e s o n d e r e B e r ü c k s i c h t i g u n g d e r G e d a n k e n — Arch. f. d. gesam. Psychoogie XXI Bd. I H. (1911) str. 122—123). HACKER uzależnia więc istnienie życzeń we śnie od fizjologicznych czynników: zbyt głęboki lub „powierzchowny" sen nie wywołuje widzeń o treści życzeniowej. Twierdzenia tego sprawdzić na sobie nie mogłam.

[1]) Wyłączam tu sny, z których budzimy się ze s t r a c h e m. Są one omówione w rozdz. V.

[2]) Dla zwięzłości podaję w artyk. nin. sny najmniej złożone, niewymagające obszernych tłomaczeń, lecz zarazem najmniej dosadne z posiadanego materjału. Analiza snów, może bardziej charakterystycznych, wymaga zbyt długiego omówienia „autobiograficznego."

wiałam się, by przełożona nie weszła niespodzianie do klasy i nie wywnioskowała z sprawowania się ich o mojej nieudolności pedagogicznej.

Sen. „Mam wykład z psychologji, uczenice nie słuchają mnie jednak. Ja mówię, a one rozmawiają między sobą, wychodzą z klasy, śmieją się. Wchodzi nowa przełożona... tęga baba w okularach. Widzi rozgardjasz i pyta: czy to wykład panny B.? Jako nowa przełożona, pragnie się przekonać, jak prowadzę lekcję. Siada na bocznej ławce. Ja mówię w dalszym ciągu, lecz jednego zdania nie umiem skleić, bezładnie łączę wyrazy. Jedna z uczenic podaje mi swój kajet, bym mogła z niego czytać".

2) Pracowałam wspólnie z koleżanką X., której zachowanie wzbudzało we mnie podejrzenia, że skorzysta z zamiarów, z których się jej zwierzyłam i uprzedzi mnie w wydaniu jakiejś pracy.

Sen: „Odwiedzam koleżankę X! Wskazuje mi ona grube dzieło, które napisała w tajemnicy przedemną. Wychodzę oburzona w najwyższym stopniu. Budzę się pod wrażeniem bardzo nieprzyjemnego uczucia i mówię z ulgą: to tylko sen. Wnet jednak zasypiam z powrotem i śnię: tak, chciałabyś by to był sen, lecz to jest prawda. Widzę się znowu w jej pokoju, biorę książkę do ręki, patrzę na tytuł, dotykam kartek, które szeleszczą mi w palcach. Koleżanka z obłudnym uśmiechem daje mi wyjaśnienia, co do „przypadkowego" powstania książki. Obejmuje mnie znowu przykre uczucie. Wychodzę, połykając gorzkie łzy".

3) Rozmyślałam długo nad tym, ile wysiłków włożyłam w najmniejszą pracę, a jak nieraz pewien okres życia pełen trudów i mozołów nie przejawia się nazewnątrz żadnym produkcyjnym czynem. Przykrą była mi myśl, iż pozorny sąd o mej pracowitości wypaść może niepochlębnie.

Sen: „Przychodzi do nas mnóstwo osób. Wszyscy chwalą jednak kogo innego, a nie mnie. Ja jestem oburzoną i wobec pani Z. mówię głośno o swych zasługach, swej pracy i wysiłkach. Wyliczam szczegółowo wszystkie fakty, przemawiające za mną. Matka potwierdza wszystko, co mówię. Osoby zachowują jednak mocno niedowierzające miny. Żadna z nich nic

o tym nie słyszała i nie wiedziała. Panie mają wygląd, jakby przyszły do mnie z zamiarem czynienia mi wyrzutów."

4) Obawiałam się, czy odc-yt mój był dobrze opracowanym. Śnię o świetnym mówcy pani S., jak patrzy na mnie z litością i pogardą.

Wziąwszy pod uwagę poprzedzające je fakty, trudno zrozumieć tu sny inaczej, niż jako wyraz trwożnych myśli. Sprowadzenie podobnych jawnie przykrych snów do życzeniowych, choćby na zasadzie ogólnika Dubois: „die Angst ist der Wunsch, dass etwas Unangenehmes fernbleibe", nie wydaje mi się dość uzasadnione. Pragnąć czegoś i obawiać się jego niespełnienia, to stany psychiczne stanowiące dwie strony uczuciowe treści naszej psychiki, dwie strony w przeżyciu tak różne jak radość i ból, miłość i nienawiść. Dlatego słuszną wydaje mi się uwaga Bleulera, iż obawa jest zjawiskiem podobnież pierwotnem jak i życzenia, stąd więc podświadomość nasza we śnie może również pragnąć jak i obawiać się.[1]) Nie myli się, sądzę, i Morton Prince, gdy powiada: „I find, if my interpretations are correct, that some dreams are rather the expression of the nonfulfillment of a wish, some seem to be that of the fulfillmeny of a fear or anxiety".[2]) Za wyodrębnieniem snów przykrych przemawia jeszcze okoliczność nader wielkiej realności uczuć przykrych we śnie wtedy, gdy spełnianiu się życzeń we śnie nie towarzyszy ton uczuciowy, cechujący urzeczywistnienie naszych pragnień na jawie. (Na 154 sny życzeniowe zaledwie 5 było „przyjemnych"). W snach jawnie spełniających swiadomą obawę niepodobieństwem jest realne uczucie przykrości podciągnąć pod „bez uczuciowe" spełnienie życzenia. Nie każda treść snu jest więc życzeniem.

III

Życzenia snu wyrażają się naogół w formie symbolicznej — powiada Freud. Należy w każdym śnie odróżnić treść ukrytą,

---

[1]) E. BLEULER: Die Psychanalyse Freuds, Verteidigung und kritische Bemerkungen, str. 106.

[2]) M. PRINCE: Interpretations of oreams, Journal of Abnormal Psychology 1910, vol. V, str. 151.

utajoną i treść jasną. Jawna symbolizuje ukrytą.—Tę symbolikę snu, która wywołała najsurowszą krytykę, najzaciętsze spory, najzajadliwsze ośmieszenie autora, mogę z całą stanowczością potwierdzić. Analizując sny zmuszeni jesteśmy dojść do przekonania, iż pewna treść myślowa przetransponowaną została w obraz symboliczny, zdumiewająco nieraz pomysłowy, wytrzymany do najmniejszego szczegółu. Weźmy przykład:

Wieczorem czytam powieść Bohawityna p. t. „Kobieta z przeszłością”. Wywiera na mnie pewne wrażenie ze względu na zawarte w niej myśli. Los każdej kobiety zamężnej wydaje mi się dziwnie pewnym, zabezpieczonym, bez burz i przykrych doświadczeń. W życiu jest to wielki atut, choć naogół szczęście takie jest płytkie... Tejże nocy śnię:

„Jadę z panią W. po bardzo płytkiej wodzie, na bardzo szerokiej tratwie, z którego to powodu niema żadnego niebezpieczeństwa. Docieramy w ten sposób do zagrody chłopskiej, gospodyni tam jest z dzieciakami. Wchodzę z nią do mnóstwa klitek pełnych zboża. Szuka ona tam czegoś pragnąc nam dać datek (jakbyśmy z panią W. jeździły po kweście).“

Sen ten jest bezprzecznie jasnem usymbolizowaniem myśli poprzedniego wieczoru (pragnienie pewnej przyszłości). Jeśli weźmiemy pod uwagę, iż pani W. jest z mych znajomych najbardziej szczęśliwą owym „płytkim“ szczęściem, to sen ten uderza wprost świetną symboliką całego szeregu myśli: płytka woda, szeroka tratwa, brak niebezpieczeństwa—cel: gospodyni z dzieciakami, klitki pełne zboża i t. d.

Nie każdy sen jest jednak symboliczny, jak utrzymuje Freud. Obok snów symbolicznych dają się wyodrębnić dalsze dwie grupy.

I. Sny jawne wyrażające świadome drobne życzenia poprzedniego dnia (lub poprzedzających dni). Według Freuda wątpliwem jest, by krótkie życzenia mogły wytoczyć sen [1]), co najwyżej bywają one u dzieci.[2]) Wbrew temu twierdzeniu fakty przemawiają za ich istnieniem.

---

[1]) „Es ist mir durchaus zweifelhaft, ob ein aus Tage unerfüllter Wunsch genügt um einen Traum zu schaffen (str. 341—342).“

[2]) Die unentstellten Wunschträume fanden wir haupstächlich bei Kindern. Kurze, offenherzige Wunschträume schienen — ich lege Nachdruck auf dieser Vorbehalt—auch bei Erwachsenen vorzukommen. (Str. 340).

1) Gdy pewnego dnia snułam smutne refleksje na temat chropowatego stylu jednego z mych artykułów, śniłam tejże nocy o koleżance zwykle surowo mnie krytykującej, jak mówiła z zapałem: „co do myśli to mniejsza, ale ten styl, ten świetny styl!"

2) Nie otrzymałam zaproszenia na członka jakiegoś nowopowstałego towarzystwa. Przed pierwszym zebraniem śnię, iż otrzymuję zaproszenie zredagowane w tonie dla mnie najbardziej pochlebnym.

3) Byłam w kawiarni w nieodpowiednim dla mnie gronie osób. Opodal siedziała znajoma, która ku mej przykrości z ironją spojrzała na mnie. W nocy śnię o znajomej głośno wyrażającej swe zdziwienie jak mogę z podobnymi ludźmi przebywać, ja przechodzę ulicą i kłania mi się jakiś wybitny w mieście człowiek, który tej damie mocno imponuje.

4) Jedna ze znajomych uznała mnie za starszą niż jestem w istocie, ponieważ mam już, jak się wyraziła, młodszą siostrę również dorosłą, uwaga ta nie była mi widocznie obojętną, gdyż tejże nocy śni mi się siostra w krótkiej sukience, wolno puszczonych włoskach, wygląda na 10 letnią zaledwie dziewczynkę.

5) Nie mogłam w mieście znaleść dzieła Leibnitza „Nouveux Essais". W kilka dni potym śnię, iż znajduję się w księgarni, gdzie mi pokazują pierwsze wydanie Leibnitza. Jest ono tak piękne, jak posiadane przezemnie Elzewiry.

Takich snów krótkich, a wyrażających jawne spełnienie życzenia, podać mogłabym nader wielką liczbę. Zaznaczyć należy, iż sen jest nieraz tylko agregatem takich drobnych życzeń jawy. Praca snu polega wtedy na utworzeniu z pojedyńczych faktów jednego obrazu.

II. Prócz tych jawnie spełniających życzenia snów istnieją sny nie wyrażające spełnienie życzenia i nie będące symbolami, lecz jakby uzmysłowieniem, ucieleśnieniem pewnej treści psychicznej, przedstawieniem jej w konkretnej formie, jakby jej i l u s t r a c j ą. Pod symbolem rozumiemy znak, godło jakiegoś pojęcia. Wyrażamy myśl symbolicznie wtedy, gdy używamy dla wyrażenia jej jakiegoś obrazu dobranego w ten sposób, by szczegóły myśli nakrywały się częściami obrazu, naprz. sen o bezpiecznej jeździe — zapewnionym bycie. W snach — ilustracjach

mamy tylko zmysłowe wyobrażenie danej myśli bez używania jakiejkolwiek przenośni.

Przykłady:

1) Miałam znajomego w Berlinie, przechwalającego się ustawicznie swym wysokim stanowiskiem, dającem mu możność rozmawiania kilka razy do roku z cesarzem Wilhelmem II. Na przyjęciu u tego pana przekonałam się jednak ile przesady jest w zapewnieniach o jego bogactwie, rozległych stosunkach i t. p. W kilka miesięcy potym poznałam człowieka, który, ku mej przykrości tym razem, okazał się takimż samochwalcą, jak ów berlińczyk.

Sen: „Wchodzę do dużego nowego domu. Jestem w wysokim obszernym pokoju. Kłaniają mi się lokaje. Naraz wchodzi Wilhelm II. W pokoju jest jeszcze kilka osób. Wszyscy siadają do stołu. Mnie przypada miejsce obok Wilhelma II. Podają potrawy... Obiad jest bardzo marny. Jakieś dania bardzo eleganckie, których nie można jeść. Nikt nie chce ich tknąć, ale wnoszący ogromnie zaprasza. Potrawa składa się z starych bułek umaczanych w wodzie. Nakładają mi na talerz, zachwalając, lecz jest to dla mnie wstrętne, przypomina mi bowiem wasserzupkę, zupkę rumfordzką. Myślę o oszczędnościach Wilhelma II, jak elegancją pokrywa nędzę... Dowiaduję się naraz, iż osoby siedzące przy stole to zwykli handlarze. Myślę sobie, iż Wilhelm II i takich ludzi przyjmuje, jak mu są potrzebni. Dziwię się, jak może się nimi zadowalać. Wszystko tylko pozory... Wychodzę, ktoś mi ofiaruje usługi, sądząc, iż należę do towarzystwa Wilhelma II.“

Mamy o tym śnie wyjaskrawione do krańca, zobrazowanie szczegółów prawdziwych zdarzeń.

2) Uczyniono mi wymówkę z powodu zachowania się względem jednego znajomego, iż jestem dla wszystkich jednakowo uprzejmą i w ten sposób ośmielam do zbliżania się do mnie ludzi nawet mi niesympatycznych, czym zniechęcam znów osoby mi bliskie. Bezpośrednio po dość burzliwej rozmowie sen:

„Przychodzi do mnie w odwiedziny kolega X. najwstrętniejsze pod słońcem indywiduum. Ja jestem dla niego nader uprzejmą, proszę by pozostał i gładzę po pręgowatej twarzy, choć mam świadomość do jakiego stopnia mi jest antypatyczny. Przyjaciel mój I. wychodzi ostentacyjnie drugiemi drzwiami na zawsze...“

3) Rozmawiałam na temat, co wszystko czynią ludzie dla pieniędzy. Ktoś z obecnych dał jako przykład małżeństwa z rozsądku. Przyznałam słuszność dowodzącemu, że w tych wypadkach niema granic dla kompromisów.

Sen:

„Znany antysemita europejski I., którego gdzieś pobieżnie poznałam, przychodzi do mnie ubrany w długi chałat żydowski i czapeczkę, z której wymykają mu się kręcone, jak gracjarki, pejsy. Przedstawia mi bankierównę X., jako swoją narzeczoną. Ja się uśmiecham i myślę: wszystko jest w porządku".

4) Długie debaty nad kwestją, czy wszyscy mają obowiązek zajmowania się kwestjami społecznemi i moje negatywne w tym względzie stanowisko, znalazły wyraz w następującym śnie:

„Drogą wiejską idzie grupa kobiet i mężczyzn. Wszyscy śpiewają pieśni, lecz są spętani, wiodę ich na katorgę. Ja idę chodnikiem z jakimiś osobami i wiem, że właściwie moje miejsce na środku ulicy. Naraz wybucham płaczem i zwracając się do jednej z towarzyszących mi osób, mówię: wiem, że nie powinnam tu chodzić, lecz być z tamtymi, ale ja wspólnie z nimi nic nie zrobię, ja się ludziom inaczej przysłużę".

We wszystkich podobnych snach, nader u mnie licznych, cała treść jest uzmysłowieniem przeżyć jawy. Niema w nich żadnej transpozycji symbolicznej, jest tylko przełożenie myśli na konkretną formę. Jak powiedziałam, sny takie przypominają mi ilustracje, przedstawiające w obrazach mniej lub więcej jaskrawych i obszernych pewien moment opisany przez autora[1]). W snach takich najczęściej fakty jawy przechodzą niezmienione do snu (naprz. w śnie o Wilhelmie II).

Ten rodzaj snów obrazowych postawić można jako oddzielną grupę obok symbolicznych, t. j. takich, które rozumieć należy jako przenośnie. Dlaczego w jednym wypadku sen posługuje się obrazem—ilustracją, w drugim zaś obrazem — symbolem, odpowiedzieć nie mogę. Podane przez Freuda tłomaczenie przy-

---

[1]) Rozumiemy teraz lepiej, dlaczego sen może wyrażać spełnienie obaw. Będąc nieraz tylko ilustracją, sen ucieleśnia również i przykre domysły.

czyny i celu symboliki nie znalazło w analizach snów moich potwierdzenia.

Według teorji psychjatry wiedeńskiego, symboliczna forma użytą zostaje w celu uśpienia cenzury, gdy stłumione podświadome życzenia przedostają się do naszej świadomości. „Die Traumentstellung erweist sich tatsächlich als ein Akt der Zensur (str. 115). Der Traum bedient sich dieser Symbolik im weąkleideten Darstellung seiner latenten Gedanken (str. 200) ...verdraügten Wünschen und ihren Abkömmlingen kann kein anderer als ein arg entstellter Ausdruck gegönnt werden (Samlng kl. Schrif. z Neurosenlehre II Folge str. 202) i t. d.

Takiej regule przeczą analizy mych słów. Obok wypadków, potwierdzających mniemanie Freuda, istnieją inne, świadczące o symbolicznej formie snu nawet wtedy, gdy życzenie snu jest zupełnie jawne, świadome.

Przykłady:

1) Mocno niesympatyczna mi pani Y. komentowała pewnego dnia małżeństwo pięknej młodej panny ze starym, „lecz" bardzo bogatym wdowcem, i patrząc mi znacząco w oczy, rzekła: „O tak, teraz panny są bardzo tanie". Była to wyraźna aluzja do mnie, za zbytnie „drożenie się" swą osobą. W pierwszej chwili chciałam odpowiedzieć, że te są tanie, które niewiele są warte, ale ponieważ rozmowa stałaby się zbyt subjektywną, przezwyciężyłam się i przemilczałam. W nocy mam sen:

„Jestem w sklepie w mieście G. Za ladą stoi kupcowa i wyjmuje zeszyty. Pokazuje kilka ich sztuk jakiejś osobie (jakby mnie, niewyraźnie) czyniąc przytym zwykły ruch kupcowych zachwalających zeszyty przy sprzedaży t. j. przewraca szybko karty. Zeszyty są rzeczywiście wspaniałe: mają liljową okładkę, liljową wstążeczkę z bibułą i opłatkiem, przytym są grube, papier jest w świetnym gatunku. Ktoś (niewyraźny) mówi, iż są jednak za drogie, na to kupcowa powiada: proszę pani takich pięknych zeszytów nie mogę sprzedać taniej, inne nie są takie (dobre), mogą więc być tańsze... Ja przyznaję kupcowej słuszność".

Analiza tego snu, dość zresztą przejrzystego, gdy się weźmie pod uwagę poprzedzające go fakty, wykazuje świetne usymbolizowanie spełnienia pewnego życzenia: „mam prawo drożyć się swoją osobą". Zeszyt użyty tu został jako symbol z powodu

drobnej okoliczności poprzedniego dnia: kazałam kupić kilka zeszytów w najlepszym gatunku. Wszystkie szczegóły snu są również umotywowane: dany sklep w G. posiadał bardzo drogie przedmioty, liljowa barwa jest ulubionym kolorem znajomej mi osoby, która się „drogo sprzedała" i t. p. Wychwalanie zalet tych zeszytów to jakby spełnienie mego życzenia: dobre zeszyty nie zostają sprzedawane tanio; posiadają do tego zupełne prawo.

Sen posłużył się tutaj symboliką... ale wszystkie te myśli przedstawione symbolicznie są z u p e ł n i e ś w i a d o m e, kwestja, którą sen poruszył, należy do omawianych nawet często przezemnie, nie leży więc bynajmniej w ciemnej sferze p o d ś w i a d o m o ś c i. Nie można zatym do snu tego zastosować twierdzenia, jakoby usymbolizowaną została tu pewna myśl d l a t e g o, iż była wypartą, stłumioną.

2) Czytałam nowelkę Konopnickiej p. t. „Miłosierdzie gminy". Zrobiła na mnie wprost wstrząsające wrażenie. Kwestje społeczne wydały mi się jedynie ważnemi, jedynie godnemi zupełnego oddania się, poświęcenia im wszystkich swych sił. Jeden z fragmentów snu tejże nocy brzmi:

„Stoję w oknie oparta łokciami o poduszkę, leżącą na framudze, tak jak piękna pani E. Naprzeciw mnie na ulicy stoją czaple. Jest ich dziewięć. Mają chude, wysokie czerwone nogi, zupełnie odarte z pierza. Litość wzbudzające oskubane ptactwo. Naraz jedna czapla przechodzi ulicą. Zauważyłam, iż ma siwą głowę starca. Kładzie z ufnością głowę przy mnie na oknie..."

Sen ten jest symbolicznem spełnieniem życzenia. Czapla o siwej głowie starca, to staruszek z nowelki skazany na miłosierdzie gminy. (Obraz czapli pochodzi z czytanej poprzedniego dnia powieści Szeroszewskiego: „Zamorski djabeł"). Chude nogi zupełnie odarte z pierza wywołane zostały barwnym opisem niemocy staruszka. Zaś akt złożenia przy mnie zmęczonej głowy, to jakby wyrażenie myśli, że u mnie (wskutek mej pracy społecznej) znalazł spokój na stare lata... I nie on jeden, naprzeciw mnie stoi cały rząd takich, biednych oskubanych ptaków.

W tym samym śnie jest jeszcze nader ciekawy fragment. Oparta jestem jak pani E., osoba proklamująca zachowanie własnej indywidualności. Obecność jej we śnie świadczy, iż mimo oddania się sprawom społecznym nie zatraciłam swego „ja".

I w tym śnie niema pragnień podświadomych—są zupełnie

jawne myśli i życzenia, które sen symbolicznie przedstawia jako spełnione.

3) Zachowałam się w pewnej okoliczności nader nierozsądnie. Po przejrzeniu kwestji, postanowiłam sobie odtąd postępować w sposób właściwy. Oczywiście, ten sam faux pas uczyniłam i za drugim razem. Bolało mnie to niewymownie i uspokoiłam się dopiero myślą, że dwa wypadki w życiu nic nie znaczą, a za trzecim razem już tego błędu napewno nie popełnię.

Sen: „Jestem w gimnazjum. Inspektor wypytuje jakąś uczenicę z historji Rosji, ja zawsze słaba w tym przedmiocie siedzę i obawiam się „wyrwania". Inspektor wywołuje drugą uczenicę, która również jak i pierwsza bardzo niefortunnie odpowiada. Naraz jest dzwonek i inspektor wychodzi. Ja sprzątam natychmiast moje książki i z ulgą oddycham. Skończyło się na strachu. Innym razem napewno nauczę się dobrze lekcji i wszystko jest więc dobrze".

Jest tu więc usymbolizowanie pragnienia unicestwienia dwóch przykrych wypadków. Nie mnie się one przytrafiły, lecz dwom innym osobom. Ja dobrze odpowiem lekcję innym razem.

4) Czytając zbiór „poezji" jakiegoś rymoklety, pomyślałam z przykrością, iż może niesłusznie postąpiłam, tłumiąc w sobie bardzo wcześnie przejawiającą się u mnie chęć pisania wierszy. Miałam zawsze zbyt mało zaufania do siebie, a obecnie przekonywam się, że wszystkie moje sonety bezsprzecznie były lepsze od wydrukowanych oto „potworności". Oczywiście już nie czas o tym myśleć; życie złożyło się inaczej. W epoce tych rozważań dwa prawie zupełnie identyczne sny:

„Zamordowałam człowieka. Nikt o tym nie wie. Zabiłam go jakimś ostrym narzędziem i tak zatarłam ślady, że nikt nie może się domyślać we mnie sprawcy. Zresztą nikt jakoś nie zna tego osobnika. W jakimś głuchym pokoju widzę jednak trumnę. Wiem, że tam leży zabity przezemnie człowiek. Jest mi tym razem strasznie go żal. Lecz jest już zapóźno. Umywam szybko ręce, by zatrzeć ostatnie ślady krwi".

Mamy więc i tutaj usymbolizowanie świadomych myśli.

Freudziści zechcą mi może zarzucić niedostateczną analizę snu, bowiem każdy sen jest przedeterminowany, wyraża stłumione, podświadome życzenie, które wykryć zdolna dopiero bardzo

głęboka analiza.[1]) W samej rzeczy do przytoczonych snów kojarzy się jeszcze nader wiele subjektywnych przeżyć, lecz wszystkie we wspólnym ognisku łączą się w jedną syntetyczną myśl: w pierwszym śnie jest nią posiadanie prawa do drożenia się swą osobą, w drugim oddanie się pracy społecznej z zachowaniem swego „ja", w trzecim unicestwienie swoich przykrych wypadków, w czwartym stłumienie w sobie pewnych zdolności i t. d. Kojarzenia dają cały szereg nowych faktów i przyczynków, lecz nie nową myśl snu, która nie jest ani podświadomą ani stłumioną w sensie Freuda i dlatego w myśl teorji nie powinna się była wyrazić symbolicznie.

Z powyższych przykładów jasnym się staje, iż pojęcie cenzury nie wystarcza do wytłomaczenia symboliki snu. Ten punkt teorji Freud'a zakwestjonowali zresztą nawet najzagorzalsi jej zwolennicy. B l e u l e r upatruje skłonność do symbolizowania w samym mechanizmie snu, czyniącym myślenie niejasnem.[2]) J u n g swym pojęciem wzruszeniowo zabarwionego „kompleksu" czyni wogóle pojęcie cenzury zbędnem dla symboliki.[3]) M a e d e r wyjaśnia genezę symboliki procesem t. zw. „eksterjoryzacji",[4]) S i l b e r e r, stwierdziwszy istnienie całej grupy zjawisk symbo-

---

[1]) Tak czyni J u n g, zarzucając Morton Prince'owi nieanalizowanie snów do końca. „Der Traum enthält alles und die Analyse unseres Autors hat zu früh aufgehört" (Jahrb. f. Psychoanal. u. Psychopathol. Bd. III, 1 Hälfte s. 315).

[2]) Nach meiner Vorstellung liegt die Neigung zu Symbolen d. h. zum Sehen von Aehnlichkeiten an die Stelle von Identitäten in dem Schlafmechanismus der das Denken unscharf macht und aus den durch die Erfahrung gegebenen Bahnen herauszutreten erlaubt" (P s y c h a n a l y s e F r e u d s, Verteidigung und kritische Bemerkungen str. 160).

[3]) „Die Komplexe befinden sich meist im Zustand der Verdrängung... (str. 50). Unterdrückung des Affektes heisst aber nichts anderes als Entrug der Aufmerksamkeit. Die Komplexe sind also in ihrem Denken auf einen geringen Bruchteil von Deutlichkeit angewiesen, weshalb sie sich nur in ganz wagen und symbolischen Ausdrüken bewegen können und weshalb sie sich auch wegen mangelnden Unterschiedes vermischen. Eine eigentliche Zensur für Traumgedanken brauchen wir nicht auszunehmen." U e b e r d i e P s y c h o l o g i e d e r D e m e n t i a P r a e c o x str. 76.

[4]) Z u r E n t s t e h u n g d e r S y m b o l i k i m T r a u m, i n d e r D e m e n t i a p r a e c o x e t c. Zentralblatt für Psychoanalyse. 1 Jahrgang 9 Heft (Juli 1911).

licznych, hipnagogicznych i hipnapompicznych, przyjmuje jako zasadniczy warunek powstania symboliki pewną „apperzeptive Insuffizienz"[1]) i t. d. Wszystkie te poglądy, których krytykę tu pomijam, dowodzą niedostateczności cenzury, jako jedynego momentu wywołującego symbolizowanie myśli, autorowie ich bowiem doszli do odmiennych od Freuda zapatrywań dopiero po próbie zastosowania pojęcia cenzury do wytłomaczenia symboliki. Jeżeli mi wolno z analizy własnych snów wyprowadzić jakiś ogólny pogląd na powstanie symboliki, to jedynie ten, iż współczesność dwóch faktów, mających ze sobą pewne podobieństwo, wyraża się we śnie przejawieniem się jednego z nich z cechami drugiego. Taką współczesność podobnych zjawisk mamy we śnie o zeszytach, gdzie tegoż samego dnia była mowa o „kupnie" zeszytów i „kupowaniu" kobiet, analogja mogła więc podświadomie zostać uchwycona i wyrażać się w widzeniach sennych, jak również we śnie o chudych, oskubanych czaplach — obrazie fizycznie zrujnowanych postaciach, gdzie tegoż samego dnia czytałam o czaplach i starym niedołężnym człowieku. W analizach snów podawanych przez Freuda widzimy również użycie drobnych zdarzeń poprzednich dni, jako symbolów dla wyrażenia aktualnej myśli. Nasuwa się wprost wniosek, iż symbol we śnie zjawia się wtedy, gdy zdarzenia poprzedzającego dnia (lub kilku ostatnich) pozwalały się użyć jako przenośnie dla wyrażenia myśli snu. [O podobnym przebiegu wspomina Freud przy tłomaczeniu somatycznych przyczyn snu: te podniety somatyczne wchodzą do treści snu, które się do niej dają włączyć]. Bezwątpienia, takie zużytkowanie przeżyć jawy zależne jest również w wielkiej mierze od posiadanej zdolności uchwycenia analogji, symbolizowanie jest w pierwszej linji pewną zdolnością psychiczną i, zdaje się, że symbole są raczej skutkiem posiadanej potem zdolności, niż skutkiem działania cenzury. Sądzić z istnienia symboliki o sile i mnogości stłumionych życzeń, byłoby zbyt ryzykownem dla prawdy.

---

[1]) Ueber die Symbolbildung. Jahrbuch f. Psychoan. u. Psychopath. Forschungen III Band, II Hälfte (1912) Str. 686. Zob. również tego autora: Symbolik des Erwachens und Schwellensymbolik überhaupt." ibid. str. 620. i „Von den Kategorien d. Symbolik," Zentralblatt f.Psychoanalyse II Jahrg. 4 Heft.

Analogja między dwoma mniej więcej współczesnemi faktami, dostrzeżona świadomie czy podświadomie, czyni zrozumiałem, dlaczego drogą swobodnego kojarzenia możemy dojść do znaczenia takich symbolów. Na mocy prawa kojarzenia oczywiście przyjdą nam na myśl te fakty, które złączone są z danym symbolem współczesnością i podobieństwem. Zrozumiałem również będą symbole typowe, t. j. symbole spotykane u wielkiej ilości osób—pewne bowiem analogje uderzyć muszą nawet najmniej spostrzegawczy umysł. Jeśli jednak dla uczniów Freuda każdy prawie symbol posiada znaczenie powszechne, co starają się udowodnić przy każdej sposobności, jest to znowu błąd uogólniania. Nigdy nie zauważyłam u siebie stałego posługiwania się jednym i tym samym symbolem dla wyrażenia jednej i tej samej myśli. Dwa sny o jedzeniu, naprzykład, posiadały zupełnie inne znaczenie. Gdy wróciłam pewnego dnia do domu późnym wieczorem bardzo głodna i w kredensie nie znalazłam nic do jedzenia, śniłam zaraz potym, iż przyszła do mnie znajoma i ja częstowałam ją najrozmaitszemi przysmakami, które raz po raz wyjmowałam z bufetu... Trudno zrozumieć ten sen inaczej, jak jawne spełnienie życzenia. Innego dnia miałam sen, iż „w pokoju siedzi moja babka, matka leży w łóżku, ja stoję we drzwiach. Babka łapczywie je przy stole makaron. Opodal na stoliczku stoi półmisek z jadłem. Ja mówię: babcia już jadła, nie dostanie więcej, mama dostanie trochę, mnie się należy reszta". Sen ten jest już symboliczny, tłomaczy się on faktem, iż dzień przedtym myślałam, co mi się jeszcze od życia należy i znaczenia symbolu dowiedziałam się również na krótko przed snem. Mamy tu więc wypadek, gdzie jeden obraz użyty został w dwóch odmiennych znaczeniach. To samo powiedzieć mogę o snach „egzaminacyjnych", z których ani jeden nie miał znaczenia nadanego mu przez Sterbla. „Typowość" snu jest więc rzeczą względną, należy tu często mieć w pamięci zasadę, iż nie zawsze te same skutki wywołane są temi samemi przyczynami.

IV.

Cenzura psychiczna okazała się niedostateczną dla wytłomaczenia symboliki snów, ale czy z tego powodu należy ją wyrugować z czynników wywołujących sen?

Bez kwestji nie. Chodzi tylko o inne określenie tego pojęcia „cenzura". Według Freuda jest ona jakąś wewnętrzną instytucją moralną, czuwającą nad postępkami osobnika. Pierwotne instynkty człowieka: egoizm, okrucieństwo, popęd płciowy i t. d. stanowią materjał, któremu cenzura broni wstępu do świadomości, gdyż niezgodny jest z etycznemi i estetycznemi zasadami osobnika.[1]) Przejawiać się może on tylko wtedy, gdy cenzura jest obniżona, jak podczas snu lub stanów patologicznych.

Niewątpliwie zdanie Freuda potwierdza się w wielu wypadkach, weźmy choć tak wymowny przykład jak ustęp z „zeznań" St. Augustyna:

„Comme les images de mes desordres passés sont encore vivantes dans ma mémoire oú l'habitude les a si profondement gravées, elles se présentent souvent a moi. Et bien que lorsque je veille elles n'aient aucune force sur mon esprit, elles en ont tant ne'anmois dans mes songes qu'elles ne me portent pas seulement jusqu'à y prendre plaisir mais même jusqu'à une espèce de consentement et d'action... Seigneur, mon Dieu ne suis je pas alors ce que j'etois auparavant? et comment ce peut—il donc faire qu'il y ait une aussi grande difference entre moi — même et moi — même qu il y en a entre ce moment ou je m'endors et celui auquel je m'éveille?"...[2]).

Lecz obok tego obniżenia moralności we śnie, wielu badaczy zjawisk sennych zaznaczyło istnienie analogji między moralnością jawy i snu. Hildebrandt, naprz. powiada: Die sittliche Natur des Menschen bleibt auch im Traume bestehen. Je reiner das Leben desto reiner der Traum".

Te dwa sprzeczne poglądy możemy pogodzić, jeśli powiemy, że „moralność" naszego snu zależy od struktury psychicznej danego osobnika. Gdzie istnieje wewnętrzna rozterka, tam też przejawia się ona we śnie, gdzie jej niema, tam między moralnością snu i jawy panować będzie analogja. Więc Ś-ty Augustyn, którego życie jest czyste, gdyż wszelkie myśli zdrożne stłumił, ma sny kuszące, zbrodniarz zaś spać będzie snem błogosła-

---

[1]) „Bei allen diesen Erlebnissen hatte es sich dann gehandelt dass eine Wunschregung aufgetaucht war, welche in scharfem Gegensatze zu den sonstigen Wünschen des Individuums stand sich als unverträglich mit den ethischen und aesthethischen Ansprüchen der Persönlichkeit erwies" (S. Freud: Ueber Psychoanalyse Lipsk 1910 str. 20 — moje podkreślenie)

[2]) Les confessions de Saint-Augustin, trad. fran. par d'Arnauld d'Audilly, Paris (?) książka X, rozd. XXX str. 393 - 394.

wionych. Ciekawym przyczynkiem do tej kwestji są sny przestępców, zebrane przez Sante de Sanctis'a.[1]) Polecił on 125 przestępcom (i przestępczyniom) wypełnić kwestjonarjusz i na zasadzie odpowiedzi ich doszedł do wniosku, iż powszechne mniemania jakoby sny takich ludzi pełne były okropnych wizji (naprz. Macario: le criminel rougé par les remords est pendant son sommeil la proie des rêves terribles et effrayantes) mija się zupełnie z prawdą Odpowiedzi najcześciej brzmiały: „śpię dobrze, śnię rzadko, a jeśli śnię to o swobodzie",[2]) (a więc jawne spełnienie życzenia). Tak zwanych „snów zbrodniczych" S. nie skonstatował, choć dodaje, iż napewno takowe bywają. Natomiast formułuje Sanctis znamienne zdanie: im większy stopień przstępności, tym rzadsze uczuciowe sny, przyczym zaznacza, iż te ostatnie zawierają przeważnie straszne wizje (piekło i kary piekielne), prześladowania, runięcia w przepaść i t. p. Mamy więc tutaj stwierdzenie zależności; im więcej zatwardziały grzesznik, tym mniej go trapią sny, czyli że tam, gdzie niema konfliktu, rozterki, rozdwojenia psychiki, tam też niema różnicy między moralnością jawy i snu. Z istnienia snów „trapiących" wyprowadzić można jednak i dalszy wniosek, zupełnie sprzeczny z teorją Freuda: moralność podświadoma stoi nieraz wyżej od moralności jawy. Potwierdzają go w zupełności i moje sny, które nie zawsze aprobowały postępki jawy.

Przykłady:

Z zupełną samowiedzą i przeświadczeniem, że konieczność mnie zmusza do tego, popełniłam pewnego razu czyn, który nietylko ze stanowiska rygoryzmu Kanta nazwać można nieetycznym. W kilka dni potym mam sen: „matka moja dowiaduje się o tym fakcie, a ja w rozpaczy mówię: dobrze mi tak, to kara zasłużona". Nazajutrz sen jeszcze intensywniejszy: „ktoś rzuca we mnie kamieniami. a osoba, względem której zawiniłam i z której winy mnie kamienują, rozdzierającym głosem mi wyrzuca, jak ja mogłam coś podobnego uczynić!" Innym razem, gdy zgrzeszyłam ambicją i „czułam", że moje postępowanie było

---

[1]) Die Träume (übers. von Dr. Schmidt) Halle 1911. Rozdział: Die Träume bei Verbrecher, str. 134—146.

[2]) ib. str. 140. Sanctis wyjaśnia, iż pod „swoboda" rozumiane są sceny i zdarzenia, zachodzące w ich rodzinie lub ojczyźnie.

niełądne, miałam w ciągu 2 tygodni codziennie przykre sny, mające związek z danym faktem. Śniłam o koleżance znanej z potwornie rozwiniętej ambicji, która zasiadła na ławie oskarżonych i marnie skończyła swe życie. Drugiego dnia widziałam całe grono znajomych, z których każdy na swój sposób wyrażał nad postępkiem moim zdziwienie, gdyż się po mnie nigdy czegoś podobnego nie spodziewano. Innym razem śni mi się dawno zapomniana koleżanka, której nazwisko było synonimem głupoty, i analiza snu wyrokuje, iż mój ambicyjny czyn wart porównania z postępkiem tej głuptaczki.

Niespełnienie obowiązku zawsze bywa dotkliwie karane w mych snach. Charakterystycznym pod tym względem jest sen, spowodowany moją obietnicą załatwienia komuś pewnej sprawy 22-go lipca; ponieważ jednak wakacje rozpoczynały się 15-go, powzięłam zamiar wyjazdu i niespełnienia zobowiązania, zmuszającego mnie bezczynnie przeczekać 8 dni... W tym czasie sen:

„Wyjechałam do K. na kilka dni przed tym obowiązkowym terminem (22-gim). Wynajęłam piękne mieszkanie, jakiego jeszcze nigdy w życiu nie miałam. (Widoczny obraz wykwintnego pokoju). Po uporządkowaniu mych rzeczy czuję ogromną pustkę. Nie mam nic do roboty. Jest niedziela. Siedzę samotna. Słaniam się z kąta w kąt. Rozmawiam od biedy z zaspaną pokojówką. Przychodzi mi wtedy na myśl, że wyjechałam przed terminem. Wprost siebie nie rozumiem, jak mogłam coś podobnego uczynić, kiedy znałam swój obowiązek. Rzucam się rozpaczliwie. To tylko sen, myślę sobie, to niemożliwe, bym tak postąpiła. Sen rozpaczny trwa dalej. Widzę jakieś straszne, choć niejasne skutki mego wyjazdu. Z wysiłkiem otwieram oczy, chcąc przerwać te widzenia i budzę się rzeczywiście, a pierwszą myślą moją jest: teraz za nic w świecie nie wyjadę przed 22-im!"

Takie strofowanie podświadome tyczy się nietylko ważniejszych wypadków mego życia, lecz i nieraz zupełnie błachych faktów. Naprzykład we śnie, spowodowanym towarzyskim małym kłamstwem, które sen przeniósł na zupełnie inny teren:

„Spotykam ex-klasową damę A. P. Opowiada mi o koleżance S. pracującej w laboratorjum Wundta. Momentalnie czuję zazdrość i zaczynam ostro krytykować Wundta, chcąc zmniejszyć doniosłość pracowania u niego. A. P. jakby się dzi-

wi memu zdaniu. Dowodzę, iż mam prawo tak mówić, bo psychologję studjowałam na wielu uniwersytetach. Zaczynam je wyliczać, lecz nie przychodzi mi na myśl ani jedno miasto, zmyślam więc nazwy. Między innemi wymieniam Freiburg, następnie Breisgau, choć wiem doskonale o istnieniu tylko Freiburga w Breisgau. A. P. odwraca się odemnie z pogardą, a ja dotknięta jej lekceważeniem, mówię: dobrze mi tak, to kara za kłamstwo".

Wszystkie te sny, których moralność przewyższyła moralność jawy, dowodzą, że treści psychiczne nie zostały stłumione z powodu ich niemoralności, lecz jakiejś innej, bardziej ogólnej przyczyny. Jak nas poucza codzienna, banalna już obserwacja, rozmaite względy praktyczne zmuszają nas do ustępstw i kompromisów wszelkiego rodzaju i tłumią w nas popędy, niezgodne z aktualnemi interesami. Istnieje w nas bezsprzecznie jakaś instancja krytyczna, jakaś siła komunikująca, która według wyrażenia Williama Jamesa, kształtuje nasze życie wewnętrzne tak, jak naczynie nadaje formę zawartemu w nim płynowi, lecz nie zawsze jest to siła „etyczna", jak chce Freud, lecz tylko k o n t r o l a duchowa, która każdą myśl, chęć, życzenie, zamiar, postanowienie osądza według potrzeb chwili teraźniejszej bądź przyszłej. Bezwzględnie mamy w sobie częściej „żandarma", niż prawo lub nakazy moralne.

To szersze określenie pojęcia „cenzury", nie jest kwestją terminologji, posiada bowiem dla zrozumienia zjawisk snu wielkie znaczenie. Jeśli przyjmiemy ją jako ogólną k o n t r o l ę, to prostszem będzie wyjaśnienie, dlaczego we snach zjawia się mnóstwo faktów zupełnie obojętnych, nieważnych, na których oko nasze na jawie zatrzymało się przelotnie i nieuważnie: były one dla celów życia zbędne i zostały z świadomości wyrugowane; gdy przyjmiemy cenzurę, jako miarę etyczną, musimy już tym faktom nadać pewne „zabarwienie etyczne", a podobne interpretowanie zupełnie obojętnych szczegółów jest często dowolne i sztuczne. Jeżeli przyjmiemy kontrolę, to jej obniżenie we śnie nie będzie zarazem obniżeniem poziomu moralności, jak jest u Freuda, i zrozumiałą zostanie możliwość wyższego poziomu etycznego snu (wtedy gdy „kontrola" jawy zahamowała w nas idealniejsze pierwiastki). Ciemna sfera podświadomości nie będzie się więc wyłącznie składała z pierwotnych egoistycznych

instynktów, jak twierdzi Freud, lecz może się składać także z najwznioślejszych częci, pragnień i zamiarów, za których istnieniem w podświadomości przemawiają liczne skądinąd fakty. Mamy jednak w literaturze pięknej niejednokrotnie zaznaczone poczucie wyższości naszych utajonych treści duchowych (Marja Stuart u Szyllera: „ich bin besser als mein Ruf"), mamy w psychologji religji zjawisko ascetyzmu, wypływające z podświadomej „aspiration á la pureté morale" i zjawiska nagłego nawrócenia, będące skutkiem podświadomych pragnień cnotliwego życia (Ś-ty Paweł, Alfons Ratisbonne, Alline, i w. in.), mamy zresztą powszednie fakty „wyrzutów sumienia", dowodzące, że nasz czyn świadomy spotyka się z ostrą krytyką jakiegoś nieznanego nam, lecz realnego głosu wewnętrznego. Ze stanowiska cenzury Freuda nie daje się ono włączyć do jednolitej całości naszej psychiki.

Nie czyniliśmy dotychczas żadnych zastrzeżeń co do pojęcia podświadomości, odgrywającego tak wielką rolę u Freuda. Z powyższego omawiania życzeń, symboliki i cenzury we śnie wypływają już jednak pewne wnioski, pozwalające zająć określone stanowisko względem „podświadomego" we śnie. Widzieliśmy przedewszystkiem, iż nie każda treść snu jest podświadomą, jak chce Freud, lecz może być świadomą, przyczym przejawienie się jej we śnie może być jawne lub symboliczne. Z krytyki cenzury psychicznej nasuwa się przypuszczenie, iż niesłuszną jest ta, stale przez Freuda, czyniona identyfikacja treści stłumionych z podświadomemi (verdrängt von Bewusstsein abgesperrt, verdrängt dem Unbewussten angehörig). Jeżeli bowiem tłumimy w sobie coś, co nie jest zgodne z interesami chwili, to nie odpieramy jeszcze tej treści do podświadomości; zostaje ona wypartą z ogniska świadomości na dalszy jej plan i zależnie od tego, czy stłumienie było silniejsze lub słabsze, łatwiej lub trudniej wraca następnie do świadomości (znajduje się w t. zw. „pogotowiu", in Bereitschaft). Możemy więc sobie wyobrazić całą skalę siły stłumienia, której ostatecznym krańcem będzie stłumione, wyrugowane zupełnie z pamięci (czyli wyparte do podświadomości). Między podświadomym i stłumionym istnieje więc nie stosunek identyczności, jak twierdzi Freud, lecz podpo-

rządkowania, przyczym podświadome będzie tem szerszem, stłumienie tem węższem pojęciem. Stłumione, będące zarazem podświadomym, to tylko jeden z możliwych wypadków, a nie reguła.

Prócz faktów przejawiania się we snach podświadomego, pochodzącego z stłumienia, należy jeszcze zaznaczyć przejawianie się wiele treści podświadomych, niepochodzących z stłumienia. Odnajdujemy w snach naszych myśli, pragnienia i fakty, bez udziału naszej woli powstałe, po pewnym czasie dopiero stające się naszym świadomym dorobkiem myślowym, jakby więc wyprzedzające świadomą pracę naszej myśli. Do takich treści podświadomych nie pochodzących z stłumienia zaliczyć należy te czucia, które niedostrzeżone przez nas w czasie czuwania, przejawiają się we śnie jako symptomaty ostrzegające. Przykłady takie, nader w literaturze snów częste, podaje między innemi Th. Ribot: Armandowi de Villeneuve przyśniło się, iż został ukąszony w nogę przez psa — w kilka dni później na tej samej nodze utworzył się złośliwy wrzód. Macario śnił o silnym bólu gardła, w kilka dni po obudzeniu został dotknięty zapaleniem ślinianek i t. d.[1]) Wszystkie podobne sny, do których zaliczyć można również t. zw. „sny prorocze", kiedy sen jakby uprzedza wypadek zaszły następnie na jawie, należą właśnie do snów „podświadomych", niepochodzących z stłumienia, których Freud zupełnie nie uwzględnia.

V.

Przeciw psychologicznej teorji snu przemawiają napozór sny wywołane jakąś somatyczną przyczyną. Tłomaczenie Freuda, jakoby naogół somatyczne powody wchodziły do treści widzeń sennych w celu przedłużenia snu, mogę na zasadzie snów mych potwierdzić:

P r z y k ł a d y:

1) Śnię, iż mi jest gorąco, ale to tak, iż formalnie omdlewam. Budzę się pod tym wrażeniem i słyszę głos gospodyni w kurytarzu, łającą sługę, która dotąd nie napaliła w piecu.

---

[1]) T h. R i b o t: Choroby osobowości (tłom. pol. I. Potockiego) Warszawa 1885, str., 30.

Jest to sen z rodzaju „Bequemlichkeitsträume”. Śnię, iż mi jest gorąco, jakbym tym samym unicestwiła fakt nienapalenia, a co za tym idzie wywołaną przezeń głośną rozmowę, mogącą mnie obudzić.

2) Mam sen długi, męczący, którego nie pamiętam, w końcu bardzo wyraźnie widzę się na stacji, macham rękami i wołam: adieu! adieu! Budzę się i odrzucam zupełnie bezwiednie z poduszki pająka tym samym ruchem ręki, jakim żegnałam kogoś we śnie. Ruch ten widocznie uczyniłam we śnie, wplotłam go jednak do treści snu, tak, by módz dalej spać.

3) Przyjechałam do B. z tak nagłym postanowieniem, iż nie zdążyłam zabrać ze sobą angielskiej gramatyki. Wstyd mi pokazać się przed znajomymi, muszę więc wracać po nią z powrotem do domu. Jest to tylko „sen”, mówię i śnię po raz drugi to samo. Budzę się z przykrem uczuciem. Nademną stoi służąca i powiada, iż nauczyciel angielskiego przyszedł na lekcję. Jak się dowiedziałam, naradzano się głośno w drugim pokoju, czy mnie obudzić. Krytyka „jest to tylko sen”, powstała pod wpływem budzenia mnie, pozwala mi sen przedłużyć.

4) Pada ulewny deszcz. Szukam przed nim schronienia. Jakieś schody pałacowe przedemną. Wchodzę, lecz są one jakieś kręte, wysokie jak w Sacré-Coeur. Schodzę z nich i znów jestem na ulewnym deszczu. Inne schody, jakiejś willi w B., przez które chce się schronić do wnętrza. Budzę się. W otwarte okno wpadają faktycznie krople deszczu, co mnie zmusza do jego zamknięcia.

Znów więc sen pozwalający mi na razie spać, gdyż znajduje schronienie przed deszczem.

Jednocześnie jednak stwierdzając, iż w niektórych wypadkach widzenie senne jest stróżem snu, przytoczyć mogę fakty, gdy widzenie senne było jego przerywaczem. Dla przerwania snu widzenie senne posługiwało się zawsze afektami, jak odwagą, gniewem, przeważnie zaś strachem.

Przykłady:

Rozmawiałam wieczorem z nader przywiązaną do mnie osobą, której od szeregu lat zawdzięczam wiele przysług. Osoba ta opowiedziała mi szczegółowo o nieszczęściach, jakie ją niedawno dotknęły, a ja słuchając tego bolesnego opowiadania, dziwiłam się w duchu, dlaczego dotychczas nie pozbawiła się ona życia.

Nazajutrz o 6-ej rano miałam wyjechać z miasta i poleciłam, by mnie obudzono o 5-ej. Z obawy przed zaspaniem zrywałam się jednak w nocy kilkakrotnie. Naraz śnię:

Osoba, z którą mówiłam przed kilku godzinami, powiesiła się. Widzę ją wiszącą na sznurze, ma szeroko rozwarte oczy, słyszę ostatni chrapliwy krzyk i w dzikim przestrachu budzę się... Już dniało. Spojrzałam na zegarek: 3 minuty po 5-ej.

Według Freuda: „die Angst ist Ersatz für die Traumenstellung... Es lässt sich ohne allzugrosse Schwierigkeit nachweisen, dass derjenige Vorstellungsinhalt, der uns jetzt im Traume Angst bereitet, einstmal ein Wunsch war und seitdem der Verdräugung unterlegen ist. (Uber den Traum, 1911, S. 34)“. A więc sen ten ma wyrazić podświadome życzenie śmierci osobie nader mi drogiej. Analizując mój stosunek do tej osoby, dochodzę do przekonania, że podświadomie z najprymitywniejszego bezwiednego uczucia egoizmu napewno tylko życzę jej jak najdłuższego, najszczęśliwszego życia. O świadomem zaś życzeniu jej śmierci mowy być nie może.

Jak więc wyjaśnić ten sen? Życzyłam sobie wieczorem wyjątkowo wcześnie wstać, gdy sen mnie jednak zmorzył i mogłabym się spóźnić, wtedy mam widzenie, odrazu skutecznie mnie budzące. Sen nie użył uczucia strachu dla wyrażenia życzenia jak najbardziej mi dalekiego, lecz dla spełnienia innego pragnienia: wczesnego wstania; nie jest on w takim razie s t r ó ż e m snu, jak przyjmuje Freud, lecz celowym jego p r z e r y w a c z e m.

I drugi sen z uczuciem strachu był w identycznych okolicznościach. Musiałam znów wyjątkowo wcześnie wstać. Budzę się zbyt wcześnie z okropnem uczuciem strachu wskutek następującego snu:

„Jestem na ulicy Kurlandzkiej (wzrokowy obraz ulicy noszącej zupełnie inną nazwę). Rozmawiam z kilku osobami (niewyraźnemi). Mówimy pocichu o tym, iż Kurlandja ma się odłączyć od Rosji, gdyż wyrabia świetne pieczywo. Rzeczywiście dużo osób kupuje bułki i obwarzanki w sklepie, pod którym stoimy. Ja idę do domu, za mną ktoś się przyczaja i za karę, iż pomagam Kurlandji, dusi mnie. Szamoczę się i z przestrachem okropnym się budzę“.

Ten niedorzeczny z pozoru sen wymierza mi dotkliwą karę za postanowienie moje wyłączenia się z pewnego nieodpowiadają-

cego mi towarzystwa. Symbolizowanie tego świadomego życzenia nie mogło, oczywiście, wywołać tak wielką uczuciową reakcję, ale uczucie strachu obudziło mnie znów w porę. Tak samo działają i inne afekty; pewnego dnia obudził mnie na czas właściwy długi sen, z którego zapamiętałam tylko końcowy ustęp: „biorę papierową torebkę do ręki, z torebki wypada rak, którego brzydzę się w życiu dotknąć. Z odrazą budzę się". Oburzenie na koleżankę, która z powodu przysługi, jaką jej mam okazać, jest dla mnie obłudnie słodka i uprzejma, wyraża się we śnie żywemi gestykulacjami gniewu, od których się budzę.

Oczywiście nie zawsze, gdy postanawiałam wyjątkowo wcześnie się przebudzić, miałam sen z uczuciem strachu (lub innego afektu), ale każdy sen taki przytrafiał się właśnie wtedy, gdy zależało mi na wczesnem wstaniu.

Z przytoczonych tu wszystkich wypadków snów z uczuciem strachu trudno wyprowadzić wniosek, jaki uczynił z snów podobnych Freud: strach jest reakcją cenzury przeciw stłumionemu życzeniu przejawiającemu się bez osłon. Ponieważ ilość mianych przezemnie snów z uczuciem strachu nie dosięgła nawet dziesięciu—nie wypowiadam się ostatecznie w tej kwestji, ograniczając się na podaniu snów i na interpretowaniu ich w sposób, jaki się nasuwał przy analizie.

Jeszcze jedno działanie cenzury wydaje mi się wątpliwem; mianowicie zapominanie snów. Bleuler[1]) zauważył u siebie łatwość zapominania snu wtedy, gdy niespodziewanie zbudzonym zostaje, widzenia senne osiadają wtedy bowiem zbyt mało czasu, by się skojarzyć z wyobrażeniem jawy. Jak wyżej wspominałam, zainteresowanie się snem jako takim wpływa na jego zapamiętanie. Zostają mi wogóle w pamięci sny uderzające swą nielogicznością, bezsensem, choć, według Freuda, powinny być najprędzej zapomniane, bo cenzura przecież ustroiła je w taką formę. Prócz tego rozróżnić mogę 3 rodzaje zapomnienia snów, spowodowane prawdopodobnie rozmaitemi przyczynami.

1) sen pamięta się rano doskonale, w ciągu dnia zapomina się o nim, jak o rzeczy bez znaczenia; gdy wysilamy się, by go przypomnieć, nasuwają się na myśl tylko fragmenty;

---

[1]) Die Psychoanalyse Freuds str. 108.

2) pamięta się jedynie, że się coś śniło, ale niesposób sobie przypomnieć, jakim właściwie był sen (t. zw. przez Sanctis'a „rudimentäres Gedächtnis");

3) sen jest zapomniany zupełnie, po przebudzeniu ma się wrażenie, że żadnego snu nie było. Dopiero jakaś uwaga, zdarzenie, przedmiot, wywołuje w pamięci sen, który się odtwarza nagle z wszelkimi szczegółami.

Na zasadzie spostrzeżeń w tym względzie daleko łatwiej wyprowadzić mogłabym wniosek, że rodzaj zapomnienia zależy więcej od pory, w której się sen miało (sny nad ranem pamięta się najlepiej), niż od działania cenzury psychicznej.

VI.

Wszelkie powyższe zarzuty czynione teorji Freuda dają się sprowadzić do jednego — zbytniego uogólniania. Widzimy ten błąd w przyjmowaniu jednej treści (życzeniowej) i jednej formy (symbolicznej) snów, niedających się w rzeczywistości ująć w taką jedną formułę; widzimy go w określeniu pojęcia cenzury jako miary etycznej, będącej istotnie tylko jednym poszczególnym wypadkiem naszej kontroli psychicznej i w definicji podświadomości utożsamionej z treścią stłumioną, widzimy go w całem zresztą interpretowaniu pracy psychicznej snu, jako pracy celowej, skierowanej wyłącznie ku uśpieniu czujności „cenzury", wtedy gdy cel ten nie jest aksjomatem. Co jest z jednej strony słabością tej teorji—jest z drugiej strony jej siłą. Uogólnienia, nieodpowiadające zachodzącym w rzeczywistości stosunkom, dają możność Freudowi podciągnąć wielką ilość faktów pod jeden mianownik, pozwalają mu ująć niesforny bezład zjawisk sennych w żelazne karby jakiejś reguły, jakiegoś prawa. Jako taka, pierwsza próba unifikacji teorji Freuda jest cudnym wzlotem, genjalnym błyskiem myśli. Nie jest jednak rakietą, przez moment błyszczącą i ginącą w mroku chybionych badań psychicznych, nie jest wytworem rozigranej wyobraźni, bowiem zbyt silnie ugruntowaną jest na mistrzowskiej charakterystyce przebiegów sennych. Spostrzeżenie Freuda nad afektami, myśleniem, mową we śnie i wzajemnym stosunkiem tych zjawisk do siebie należą do najgłębszych i najsubtelniejszych w tej dziedzinie; przebiegi zgęszczenia (Verdichtung) i przesuwania (Verschei-

bung), po raz pierwszy stwierdzone przez Freuda, są niewątpliwie odkryciem psychologicznym, którego dalsze zbadanie wyjaśnić zdoła niejedno zjawisko z dziedziny psychologji myślenia; stwierdzenie symboliki i wskazanie na wielki udział podświadomych stłumionych treści psychicznych we śnie, co Freud pierwszy jasno uzasadnił i udowodnił, włączone być muszą, pomimo dających się czynić zastrzeżeń, do dorobku naszych wiadomości o zjawiskach sennych. Na tej trwałej opoce dopiero stworzoną została teorja, arcydzieło logiki, obok klasycznej prostoty będąca do najmniejszych szczegółów wykończoną, zamkniętą w sobie całością. Teoretycznie zdolna jest odeprzeć każdy bez wyjątku zarzut. Życie bogatsze, niż teorja, przekracza jednak ramy, w które je wtłoczono i fakty swą różnorodnością upominają się o uwzględnienie ich odrębności, domagają się nowych badań i nowych... uogólnień.

UWAGI O NOWEM PRAWIE ANGIELSKIEM O UPOŚLEDZENIU UMYSŁOWEM.

podał

Dr Med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Dn. 16 maja r. b. Sekretarz Stanu wniósł do Izby gmin projekt nowego prawa o upośledzeniu umysłowem (Mental Deficiency Bill), który po przejściu wszystkich kolei prawodawczych wchodzi w życie od 1-go stycznia 1913 r. i staje się prawem. Projekt nowego prawa jest przedmiotem żywej dyskusji w kołach psychjatrycznych angielskich, jak o tem miałem możność przekonać się osobiście podczas odbytej tego lata wycieczki do Trójjedynego Królestwa Wielkiej Brytanji. Zainteresowanie jest słuszne, nowe bowiem prawo stwarza nowe normy oceny upośledzenia umysłowego, rozgranicza je prawnie i życiowo od obłąkania sensu strictiori, potrąca o całe szeregi zagadnień o znaczeniu nietylko prawnem i psychologicznem ale i ogólno-ludzkiem, społecznem. Ponieważ miałem możność dokładnego zapoznania się z treścią samego prawa — jestem w posiadaniu oryginalnego tekstu noweli prawodawczej — ponieważ, jak zaznaczyłem, nowe prawo jest rzeczywiście nowem i posiada duże znaczenie ogólne, sądzę, ze nie będzie od rzeczy zapoznanie z niem czytelników Neurologji Polskiej, jak również podzielenia się z nimi uwagami, jakie nowe prawo nastręcza. Zagadnienie jest ogólne, droga jego rozwiązania wspólna, może przyjdzie czas, że kiedyś i my sami będziemy zaprzątali sobie uwagę sprawą uporządkowania stosunku społeczeństwa naszego do naszych, umysłowo upośledzonych. Rozważanie obecne — dzisiaj teoretyczne i oddalone — może stać się praktycznem i aktualnem.

Projekt rozpada się na cztery części i obejmuje: 1) organizację opieki nad umysłowo upośledzonymi, stosunek wzajemny

władz powołanych do wykonywania i stosunek ich do istniejących już urządzeń: władzy państwowej, władz samorządnych, oraz t. zw. komisji do spraw dotyczących umysłowo chorych (Commission of Lunacy), 2) sposoby postępowania z umysłowo upośledzonymi, kwalifikowanie umysłowego upośledzenia, 3) organizację zakładów dla umysłowo upośledzonych, 4) przepisy ogólne.

Nadzór główny nad całem zagadnieniem opieki nad umysłowo upośledzonymi sprawuje Sekretarz Stanu, który ma sobie dodaną Komisję do spraw nad umysłowo upośledzonymi, w której ręku skupia się zarząd wszystkiemi sprawami, dotyczącemi umysłowo upośledzonych. Komisja zależy wyłącznie od sekretarza stanu, stanowi narząd zupełnie odrębny od istniejącej komisji dla spraw dotyczących obłąkanych. Skład komisji do spraw opieki na umysłowo upośledzonymi ustalono w liczbie przynajmniej 5 członków, w tem przynajmniej jedna kobieta z głosem rozstrzygającym, równoprawna zupełnie z innymi członkami komisji. Członków komisji mianuje Sekretarz Stanu, wybiera ich z pośród osób, obdarzonych zaufaniem ogólnem. Jednego z członków komisji Sekretarz Stanu mianuje przewodniczącym. Oprócz przewodniczącego komisję tworzą dwaj prawnicy, urzędujący bezpłatnie, i dwaj lekarze pobierający stałą pensję.

Członków komisji bezpłatnych uwalnia od obowiązków Sekretarz Stanu, przewodniczący i członkowie płatni spełniają czynności tak długo, jak długo sprawia to przyjemność Jego Królewskiej Mości „hold office during His Majesty's pleasure".

Komisja ma zagwarantowaną prawnie całkowitą niezależność. Nikt nie może być jej członkiem, inspektorem z jej ramienia, jej sekretarzem lub urzędnikiem, kto w jakikolwiek sposób jest związany z zakładami dla umysłowo upośledzonych, uczestniczy w kwalifikowaniu do nich. Pod tym względem przepis prawa jest wyraźny, przekroczenie jego pociąga za sobą odpowiedzialność karną. Zadania komisji obejmuje: a) wykonywanie nadzoru, opieki i kontroli nad umysłowo upośledzonymi; b) koordynowanie czynności władz samorządnych w stosunku do umysłowo upośledzonych, c) wydawanie pozwoleń na utrzymywanie zakładów dla umysłowo upośledzonych, nadzór nad nimi i wogóle wydawanie zarządzeń w celu zapewnienia umysłowo upośledzonym prawidłowej opieki, d) odwiedzanie upośledzonych w zakładach, domach pod opieką rodzinną—osobiście przez członków komisji

lub przez upoważnionych do tego przez nią inspektorów, e) tworzenie i utrzymywanie zakładów dla umysłowo upośledzonych przestępczych, niebezpiecznych i gwałtownych, f) składanie Sekretarzowi Stanu sprawozdań rocznych z działalności, oraz specjalnych na jego żądanie, g) zarządzanie zasiłkiem pieniężnym wydawanym przez parlament na potrzeby związane z wykonywaniem niniejszego prawa.

Właściwym wykonawcą opieki nad umysłowo upośledzonymi jest samorząd, jego władze wydają zarządzenia odpowiednie, czuwają nad ich wykonaniem, dostarczają potrzebnych funduszów i t. d. Komisja sprawuje nad tem wszystkiem zwierzchni nadzór. Rozgraniczenie kompetencji władz państwowych i samorządnych, rozkład obowiązków spadających na oddzielne organy samorządu, stosunek do władz edukacyjnych, o ile wchodzą w grę dzieci umysłowo upośledzone, zajmuje dużą część przepisów nowego prawa; pomijam je całkowicie, bo przedstawiają one interes głównie miejscowy; zaznaczam tylko, że prawem obecnem nie objęta jest Irlandja, dla hrabstwa Lancaster przepisy są odmienne, dla Szkocji czynności komisji dla umysłowo upośledzonych będą przekazane komisji nad obłąkanymi.

Część druga, dla nas najciekawsza, obejmuje przepisy wskazujące sposoby oceny umysłowego upośledzenia i drogi postępowania z umysłowo upośledzonymi.

Pod rygor niniejszego prawa podpadają osoby, które obok tego, że są dotknięte umysłowem upośledzeniem wykazują cechy, czyniące koniecznem rozciągnięcie na nich przepisów niniejszego prawa a więc: a) włóczegi opuszczeni lub okrutnie traktowani (cruelly treated) b) oskarżeni o przestępstwo, i kwalifikujący się do więzienia, zakładu karnego, do zamknięcia, do przytułków poprawczych, szkół zawodowych poprawczych lub do zakładów dla opilców, c) nałogowcy i pijacy w myśl prawa o pijaństwie, d) dzieci usunięte ze szkół wskutek umysłowego upośledzenia, e) osoby, co do których jest pożądanem w interesie ogólnym, ażeby były pozbawione możności płodzenia dzieci, f) osoby, co do których istnieją inne okoliczności, wyszczególnione w oddzielnych rozporządzeniach Sekretarza Stanu, jako sprawy czyniące pożądanem oddanie ich pod rygor niniejszego prawa.

Za umysłowo upośledzonych w rozumieniu przepisów niniejszego prawa winny być uznani:

a) idjoci, t. j. osoby tak dalece głęboko upośledzone umysłowo od urodzenia lub wczesnego wieku, że nie są w stanie ustrzedz się same przed powszechnem (common) fizycznem niebezpieczeństwem;

b) głuptacy, t. j. osoby zdolne do ustrzeżenia siebie samych przed powszechnem, fizycznem niebezpieczeństwem, lecz niezdolne do zarabiania na własne utrzymanie wskutek braku umysłowego, istniejącego od urodzenia lub wczesnego wieku;

c) osłabieni umysłowo (feeble minded) t. j. osoby, które mogłyby być zdolne do zarabiania na swe utrzymanie w okolicznościach pomyślnych (favourable circumstances), lecz które są niezdolne w skutek braku umysłowego, istniejącego od urodzenia lub wczesnego wieku: 1) współzawodniczyć na równych warunkach ze swymi normalnymi towarzyszami, albo 2) kierować sobą i swemi sprawami ze zwykłym rozsądkiem (with ordinary prudence);

d) głuptacy moralni (moral inbeciles) t. j. osoby, które od wczesnego wieku wykazują pewien brak umysłowy połączony z silnemi, występnemi (vicious) i karnemi (criminal) popędami (propensities), na które kara nie wywiera żadnego wpływu odstraszającego lub wywiera wpływ mały;

e) umysłowo niedołężni (mentally infirm), t. j. osoby, które wskutek niedołęstwa umysłowego, spowodowanego wiekiem lub wskutek upadku (decay) zdolności umysłowych są niezdolne do kierowania sobą i swemi sprawami.

Osoby spełniające władzę nadzorczą, urzędnicy dodani im do pomocy (relieving officers), lekarze okręgowi urzędów samorządnych, lekarze gminni i miejscy, urzędnicy policyjni, do których wiadomości dojdzie, że jest jakaś osoba umysłowo upośledzona w rozumieniu niniejszego prawa, wszyscy ci winni zawiadamiać o tem władzę miejscową.

Osoba uznana za podpadającą pod rygor niniejszego prawa może być: a) odesłana i zamknięta w zakładzie dla umysłowo upośledzonych, b) oddana pod opiekę.

Sposób w jaki orzeczenie o czyimś upośledzeniu umysłowem ma być dokonane jest następujący:

Krewny, przyjaciel, albo urzędnik władzy miejscowej do

tego upoważniony, zwraca się z podaniem do władzy sądowej o wydaniu odpowiedniego orzeczenia; do podania winny być dołączone dwa świadectwa lekarskie stwierdzające: że osoba jest umysłowo upośledzoną w rozumieniu niniejszego prawa ze wskazaniem kategorji umysłowego upośledzenia, oraz okoliczności, które nakazują uznać kogoś za umysłowo upośledzonego i za zostającego pod rygorem niniejszego prawa.

Po otrzymaniu podania i wskazanych dokumentów, władza sądowa winna albo odwiedzić osobę odnośną, albo wezwać ją przed siebie, ażeby wskazała dlaczego orzeczenie przeciwko niej nie powinno być wydane. Postępowanie według uznania władzy sądowej na żądanie osoby interesowanej, t. j. co do której ma zapaść orzeczenie, może nie być publiczne, przyczem obu stronom t. j. tym osobom które podanie wnoszą, jak i tej co do której ma zapaść orzeczenie sądowe, przysługuje prawo zastępstwa przez rzeczników, powoływania się na świadków i t. d. Jeżeli władza sądowa uzna dowody upośledzenia za dostateczne, orzeka, że osoba dana podpada pod rygor prawa i postanawia czy ma być ona oddana do zakładu dla umysłowo upośledzonych czy pod opiekę; orzeczenie winno zawierać oznaczenie kategorji umysłowego upośledzenia, któremu podlega dana osoba, oraz wskazanie okoliczności, które czynią to, że podpada ona pod rygor niniejszego prawa. Jeżeli władza sądowa uzna dowody za niedostateczne (in not satisfied) to albo odracza postępowanie na dni 14 dla zebrania dokładniejszych danych, zarządza zbadanie lekarskie albo odrzuca podanie, a jeżeli jest przekonana, że podanie zostało złożone na żart albo w celu dokuczenia, może skazać osobę wnoszącą podanie na poniesienie kosztów postępowania. Dalsze przepisy omawiają warunki kuracji, jej drogę oraz wskazówki jakie urzędy sądowe powołane są do pełnienia czynności związazanych z uznaniem kogoś za umysłowo upośledzonego, przepisy co do nieletnich, przepisy co do wykonywania orzeczeń, umieszczania chorych w zakładach lub oddawania pod opiekę, oraz o przenoszeniu ich do zakładów dla umysłowo upośledzonych.

Orzeczenie o umysłowem upośledzeniu w rozumieniu przepisów niniejszego prawa trwa w swojej mocy w ciągu jednego roku od chwili jego wydania; po upływie tego terminu winno być uzyskane potwierdzenie jego; zaniedbanie tego we właściwym terminie, niweczy treść orzeczenia. W latach następnych po-

twierdzenie orzeczenia winno być uzyskiwane co lat pięć pod tym samym rygorem jego zaniedbania.

Władza sądowa, która orzeczenie wydała lub wszelka inna władza sądowa może zmienić lub odwołać orzeczenie.

Część trzecia obejmuje przepisy o wydawaniu pozwoleń na otwieranie zakładów dla umysłowo upośledzonych, obowiązki władz miejscowych co do utrzymywania dostatecznej liczby pomieszczeń dla osób zostających pod rygorem niniejszego prawa, wizytację tych zakładów, przepisy o wydawaniu regulaminów dla nich, oraz przepisy dotyczące dysponowania sumami, oznaczonemi przez parlament na potrzeby opieki nad umysłowo upośledzonymi.

Część czwarta obejmuje przepisy ogólne, zawiera wskazówki o karach za niewykonywanie przepisów niniejszego prawa, za dostarczanie osobom uznanym za umysłowo upośledzone środków trujących i odurzających, za pomoc w ucieczce z zakładu dla umysłowo upośledzonych lub z pod opieki, za przeszkadzanie w czynnościach osób uprawnionych do wspomagania władzy sądowej w wydawaniu orzeczeń i ich wykonywania, za złe obchodzenie się z umysłowo upośledzonymi, za nadużycie płciowe popełnione w stosunku do umysłowo upośledzonych, przepisy o dawaniu pomocy osobom powołanym do opieki nad umysłowo upośledzonymi i do wykonywania zarządzeń władz sądowych z tytułu opieki nad niemi, powoływanie świadków, oraz przepis zabraniający małżeństwa z umysłowo upośledzonymi, który przytaczam dosłownie: „§ 50. Jeżeli osoba jakaś wstępuje lub usiłuje wstąpić w związek małżeński z osobą o której wie, że jest umysłowo upośledzoną w rozumieniu przepisów niniejszego prawa albo jeżeli osoba jakaś pobłogosławi (solemnize) zeswata (connives) albo nastręczy (procures) małżeństwo ze świadomością, że jedna ze stron jest umysłowo upośledzona, ulega karze (shall be guilty of a misdemeanor).

Dodatek obejmuje przepisy co do zarządzania majątkiem umysłowo upośledzonych, zastosowanie nowego prawa w Szkocji, wreszcie § ostatni 60 określa nazwę prawa Mental Deficiency Act 1912, stwierdza że nie rozciąga się ono na Irlandję oraz wskazuje, że prawo wchodzi w siłę pierwszego dnia miesiąca stycznia 1913 roku.

Uwagi, które nastręcza samo prawo, dadzą się ująć w sposób następujący:

Za niewątpliwy krok naprzód w dążeniu do uporządkowania stosunków społecznych i ujęcia ich w formy prawne, uznać należy próbę wyodrębnienia umysłowego upośledzenia w odrębną kategorję i wydzielenia go od choroby umysłowej w ścisłem tego słowa znaczeniu i poddania wszystkich spraw tego rodzaju pod zarząd oddzielnej Komisji do spraw umysłowo upośledzonych. Jest to wskazane zarówno ze stanowiska teoretycznego, jak pożądane pod względem praktycznym. Konieczny udział kobiety w składzie komisji jest niewątpliwie faktem dodatnim. Ważnem jest również i bardzo cennem to pilne baczenie prawodawcy, ażeby niezawisłość tej komisji była całkowicie zabezpieczoną; członkowie komisji, jej odpowiedzialni funkcjonarjusze pod rygorem odpowiedzialności kryminalnej nie mogą być związani w jakikolwiek sposób z zakładami dla umysłowo upośledzonych, wystawiać świadectw o umysłowem upośledzeniu i t. p. Bezstronność komisji jest prawnie całkowicie zabezpieczona. Komisja ma bardzo szerokie atrybucje, zależy bezpośrednio od Sekretarza Stanu, osoby wchodzące w jej skład winny być obdarzone zaufaniem powszechnem, posiada ona nieograniczoną władzę kontroli i nadzoru nad zakładami dla umysłowo upośledzonych, winna dbać o ich dostateczną ilość i odpowiednie urządzenie, czuwa nietylko nad materjalną ale i nad moralną odpowiedzialnością osób, którym umysłowo upośledzeni zostali oddani pod opiekę i t. d. Cechuje nowe prawo wielka dbałość o interesy tych, których uznaje ona za umysłowo upośledzonych.

Przepisy pod tym względem są bardzo szczegółowe i jasne. Do uznania kogoś za umysłowo upośledzonego potrzebna jest decyzja władzy sądowej; punkt wyjścia postępowania sądowego stanowi podanie osób bliskich lub prawnie do tego powołanych, poparte orzeczeniami dwóch lekarzy dostatecznie wykwalifikowanych i doświadczonych, przy czem orzeczenie nie może być utrzymane w wyrażeniach ogólnikowych lecz winien być przytoczony cały materjał faktyczny, który do wniosku w orzeczenin uprawnia.

Osobie posądzonej, że jest umysłowo upośledzoną, przysługuje całkowite prawo stwierdzenia, że jest przeciwnie: zastępstwo

przez adwokata, powołanie świadków i t. d. Sędzia może uznać cały złożony materjał za niewystarczający i podanie odrzucić.

Orzeczenie sądu nie jest wieczne—posiada wartość tylko na rok; po roku sprawa powinna być ponownie rozważona w przepisanym porządku, odbyć się powinno ponowne zbadanie osoby inkryminowanej i uzyskane być winno potwierdzenie poprzedniego orzeczenia; brak tego potwierdzenia, zaniedbanie w jego uzyskaniu we właściwym czasie znosi tem samem orzeczenie poprzednie. Następnie ta sama procedura winna powtarzać się co pięć lat pod tym samym rygorem. Wszystko to jest oczywiście całkowicie słuszne, zasadne i dobrze charakteryzuje prawodawstwo, w którem wszelka sprawa prowadząca do pozbawienia kogoś wolności obywatelskiej lub jej ograniczenia musi przejść drogę postępowania sądowego; tylko sąd może kogoś w wolności ograniczyć, przyczem nie wystarcza piśmienne przeprowadzenie sprawy, ale jest konieczne zbadanie każdoroczne samej osoby inkryminowanej—a więc nie tylko „neminem captivabimus“, ale i „habeas corpus“.

Cenną wydaje się być próba wprowadzenia przy ocenie upośledzenia umysłowego sprawdzianu życia, sprawdzianu, że tak powiem, pragmatycznego, nawet biologicznego, zamiast stosowanych dotychczas czysto psychologicznych i to ograniczonych tylko do samego intelektu. Nie sprawy kojarzenia, sądzenia, wnioskowania i t. p. czysto umysłowe czynniki brane są pod uwagę przy stwierdzeniu faktu, że ktoś jest czy nie jest umysłowo upośledzony, lecz całokształt spraw psychicznych—wyrażający się w postępowaniu, w uzdolnieniu człowieka do życia samoistnego—jest rozważany zarówno teoretycznie jak praktycznie. Jest to niewątpliwie słuszne i stanowi również niewątpliwy krok naprzód w poszukiwaniu metod ustalenia sprawdzianu umysłowej sprawności.

Niepodobna nie zgodzić się, że do umysłowo upośledzonych winni być zaliczeni idjoci i głuptacy jak również niepodobna nie zgodzić się, że sposób oceny tych spraw, podany w prawie, jest prosty, jasny a przedewszystkiem słuszny i wątpliwości nie nastręcza.—Idjotą jest ten kto wskutek upośledzenia, umysłowego, istniejącego od urodzenia albo wczesnego wieku, jest niezdolny ustrzedz się przed ogólnem fizycznem niebezpieczeństwem; głuptakami są osoby zdolne do ustrzeżenia się przed ogólnem fizycz-

nem niebezpieczeństwem, lecz niezdolne zapracować na własne życie wskutek upośledzenia umysłowego, istniejącego od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa.

Wątpliwość powstaje dopiero przy rozbiorze upośledzenia umysłowego trzeciej kategorji—osłabienia umysłowego — feeble minded; nie można bez zastrzeżeń zgodzić się ani na granice, które prawo tej kategorji umysłowego upośledzenia nakreśla, ani uznać normę oceny za trafną i słuszną.

Prawo powiada, że za osłabionego, słabego umysłowo uznać należy każdego, kto może byłby zdolny do zapracowania na życie w warunkach sprzyjających, lecz kto nie jest zdolny wskutek upośledzenia umysłowego, istniejącego od urodzenia lub wczesnego wieku: a) do współzawodnictwa na równych warunkach ze swymi normalnymi towarzyszami, b) do kierowania sobą i swemi sprawami ze zwykłym rozsądkiem.

Otóż niepodobna się zgodzić, ażeby kategorja ta była określona trafnie i sprawdzian przez nią wprowadzony był sprawiedliwy, odpowiadał zasadzie równości obywatelskiej wobec prawa, a to tembardziej, że prawo samo jest bardzo surowe, uprawnia do pozbawienia wolności, stwarza przymus osobisty, pozwala na zamknięcie w specjalnych zakładach, pozbawia możności płodzenia potomstwa, a nawet karze za usiłowanie wstępowania w związki małżeńskie, za swatowstwo, za udzielenie ślubu, jeżeli dotyczy to osób, które podpadają pod rygor nowego prawa.

Przyjrzyjmy się, jak wygląda ten przepis w życiu konkretnem i co znaczy samo prawo w zastosowaniu praktycznem. Znaczy to, że „osoby żyjące w warunkach sprzyjających,“ t. j. osoby bogate, korzystające z przywileju majątkowego — mogą żyć na swobodzie, płodzić dzieci i t. d., natomiast prawo do tego zostaje odjęte osobom ubogim, nie posiadającym przywileju majątkowego, bo tylko one żyją w warunkach, o których mówi prawo — prowadzą walkę o byt, współzawodniczą ze swymi normalnymi towarzyszami. Dlatego kwalifikację tę uznać należy za niesłuszną, sprzeczną z zasadą równości wobec prawa wszystkich obywateli bez względu na przywileje, które zdobyli oni czy nie oni. Dalej, jest nietrafnem wprowadzenie samej tylko zasady współzawodnictwa, jako wykładnika uzdolnienia jednostki do samodzielnego życia, jej władz umysłowych. Pominięto drugą stronę sprawy— współdziałania, bez czego samo tylko współzawodnictwo staje się

czynnikiem jednostronnym i bynajmniej niedostatecznym, jako jedyny wykładnik sprawności umysłowej. Ktoś może być niezdolny do podjęcia indywidualnej walki o byt, jako do tej walki za słaby; w pracy zaś zbiorowej, we współdziałaniu z innemi okazuje się być jednostką najzupełniej zdolną do życia, czynną, pożyteczną, w pracy wydajną. Nie samo tylko uzdolnienie do współzawodnictwa, ale przedewszystkiem uzdolnienie do współdziałania stanowić winno wykładnik oceny umysłowego uzdolnienia. Nie homo homini lupus, człowiek prowadzący ustawiczne bellum omnium contra omnes, ale człowiek uspołeczniony, zdolny do podjęcia pracy zbiorowej, wytrwały w jej wykonywaniu—oto typ, według którego sprawność umysłowa winna być mierzona.

Że tak jest w rzeczy samej, o tem każdy z własnego doświadczenia może się przekonać; iluż to znamy warchołów, zawalidrogów w życiu społecznem, psujących wszystkie poczynania zbiorowe, zupełnie niezdolnych do współżycia, a jednak mocnych w indywidualnej walce o byt; to są, w rzeczy samej, upośledzeni umysłowo; zwykle okazuje się przy zbadaniu, że to są degeneranci niedorozwinięci moral insanity w słabszym stopniu; wszystko to ujawnia się później, kiedy ich niszczycielska robota już została dokonana. Tych prawo pomija, a któż bardziej niż oni kwalifikują się pod jego rygor.

Czy ma to oznaczać że norma oceny upośledzenia umysłowego—stosunek do życia, sprawdzian biologiczny jest wybrany błędnie? Nie. Sprawdzian postawiony jest słuszny, lecz w prawodawstwie zapoznano fakt, że życie ludzkie nie jest życiem wyłącznie indywidualnem ale i zbiorowem, człowiek nie żyje jak Robinzon Cruzoe na wyspie bezludnej, pozostawiony tylko własnemu przemysłowi, lecz żyje w warunkach organizacji społecznej, w społecznem obcowaniu z innymi i do oceny stosunku jednostki do życia nie wystarcza samo tylko uzdolnienie do indywidualnej walki o byt, lecz i uzdolnienienie do współdziałania z innymi na pożytek ogólny, bo ono jest warunkiem niezbędnym nietylko dla życia zbiorowości, życia gatunku, jeśli mamy trzymać się biologicznych kategorji myślenia, ale i dla samego życia indywidualnego jest ono—conditio sine qua non istnienia. Bez tego, od chwili zapoznania przed jednostkę tej zasady, zaczyna się wyzysk zbiorowości, działanie na jej szkodę, pasorzytnictwo społeczne t. j. te wszystkie zjawiska, które z zupełną słu-

snością mogą być podciągnięte pod objawy przytępienia moralnego, moral insanity czy jak je inaczej nazwiemy. Tylko synteza obu spraw, współzawodnictwo we współdziałaniu nad rozwojem ogólnym, społecznym jest jedynie słuszną formułą ujęcia stosunku jednostki do życia i ono powinno ledz u podstawy jako sprawdzian jednostkowej sprawności umysłowej.

Społecznie pożyteczna praca—oto wyraz tej syntezy. Czyja praca nie idzie w kierunku rozwoju społecznego, czyje wysiłki największe najgenialniejsze skierowane są ku temu, ażeby rozwój powstrzymać lub spaczyć, jest umysłowo upośledzony, nie może bez uszczerbku korzystać z całkowitej swobody działania, do której mają prawo tylko jednostki społecznie pożyteczne, posuwające swoją pracą rozwój społeczny.

Zasada jest prosta i do wprowadzenia łatwa, minimum jej określa pewne zero tego stosunku—jego bierność, że tak powiem, stan pewnej równowagi—branie od społeczeństwa tyle ile mu się daje; nie da to jeszcze postępu rozwoju, ale już przynajmniej nie da wyzysku, nie podkopie podstaw samego istnienia społeczeństwa. Otóż tego minimum ma prawo wymagać społeczeństwo od każdej jednostki, którą równouprawnia z innemi pracującemi na jego pożytek. Kto nie może wykazać, że choć to minimum spełnia, nie może bez krzywdy ogólnej korzystać z całej pełni praw, bo prawo jest właśnie tym ekwiwalentem, zapłatą, którą za pożyteczność dla siebie społeczeństwo daje jednostce, nie jest żadną sprawą aprioryczną, każdemu daną od urodzenia, lecz jest sprawą nabytą, na którą trzeba zasłużyć, którą trzeba sobie zapracować. Dlatego ograniczamy w prawach dzieci, umyslowych niedołęgów, obłąkanych i t. d. Nie wiem, czy na tę zasadę zgodzą się prawnicy, zapewne nie, ale wydaje mi się ona tak słuszną, tak zgodną z biologicznemi zasadami rozwoju, jest tak dla każdego biologicznie wyszkolonego umysłu oczywistą, że wydaje się ona wypływać wprost z doświadczalnego gruntu życia, że jeżeli jest dla kogoś obcą, dziwną lub niesłuszną, to tylko dlatego, że my odwykliśmy od tego gruntu, że w racjonalistycznym oderwaniu teoretycznych spekulacji myślowych zapomnieliśmy, że każda teorja wyrasta z doświadczalnego podłoża, z życia, z faktu i musi do niego po sprawdzenie wracać; jeżeli teorja sprawdzenia nie wytrzymuje to upada; tułać się może jeszcze czas pewien jako myślowy przeżytek,

ale to nie ocali jej od śmierci, której musi uledz, jak jej ulega każdy twór, który utracił biologiczne znaczenie; idzie do zimnego składu w encyklodedji, jak tę sprawę określa James w pragmatyzmie, przestaje być sprawą żywą, ujmującą życie i tworzącą życie, znika w niej stanowiąca jej wartość evolution créatrice. A dalej, i może głównie dlatego, jest ta teorja obcą i dziwną, że jest ona tak bardzo sprzeczna z egoistycznymi interesami tych, którzy rządzą obecnemi społeczeństwami i są jego prawodawcami. Bo proszę wyobrazić sobie, jak wiele osób podpadłoby pod rygor prawa o upośledzeniu umysłowem, gdyby zasada społecznie pożytecznej pracy weszła jako sprawdzian zdolności umysłowej do naszego życia zbiorowego. Każdy kto więcej bierze niż daje uznany zostałby za wyzyskiwacza, bandytę społecznego rabusia życia zbiorowego, moral insanity socjalnego — wielu ludzi dzielnych, mocnych w walce o byt znalazłoby się po za prawem ogólnem ze wszystkiemi konsekwencjami ubezwłasnowolnienia tego rodzaju. Wiele osób zostałoby uznanych za umysłowo upośledzonych a zajmujący nieraz wybitne stanowisko w życiu towarzyskim dla tego, że nietylko nie wykazują minimum użytecznej pracy, koniecznej do istnienia społeczeństwa, ale wogóle nic nie robią, okazałoby się, iż są w czynnem życiu społecznem niczem. A imię ich legjon. Ich interesy przywykliśmy utożsamiać z interesem ogólnym; dlatego wszelka próba odwrócenia tego stosunku, wszelkie dążenie do podporządkowania interesów jednostkowych wymaganiom i potrzebom ogólnym, na tak zdecydowany napotyka opór. Ale bez tego niema i być nie może społecznego rozwoju. Społeczeństwo może stać, może trzymać się czas pewien siłą pewnego bezwładu, ale o rozwoju, o postępie, o kroczeniu naprzód nie może być mowy; a właśnie prawo, jako czynnik niewątpliwie rozwojowy, powinno wybiegać naprzód przed życie, przed istniejące stosunki, urabiać je i kształtować, posuwać społeczeństwo naprzód, doskonaląc coraz bardziej istniejące urządzenia. Jeżeli prawo tego nie robi, ulega krytyce i to stanowi uprawnienie dla tych uwag, któremi pozwoliłem sobie, może zbyt długo, zajmować czytelnika. — Niewątpliwie przyszły okres rozwoju, który musi być demokratyczny, wprowadzi sprawdzian społecznie pożytecznej pracy jako podstawę wszelkich stosunków prawnych, a z tem i stosunku do umysłowego upośledzenia, ale obecnie, jak to pokazuje nowe prawo angielskie,

dla zastosowania zasady demokratycznej w całej jej rozciągłości niema jeszcze miejsca.

Pewne wątpliwości w omawianem prawie wzbudza jeszcze punkt orzekający, że osoby uznane za umysłowo upośledzonych pozbawione zostają prawa płodzenia potomstwa. Wątpliwości te nabierają szczególniejszej wyrazistości w świetle uwag powyższych, jeżeli rozważy się, jak dalece jednostronnem i antydemokratycznem jest samo prawo, jak dalekie zakreśla granice umysłowego upośledzenia i jak je stronnie dla mocnych tego świata określa.

Dla czego tylko umysłowo upośledzeni mają być pozbawieni prawa posiadania potomstwa, nie syfilitycy, rakowaci, gruźliczy, alkoholicy? Czy umysłowe upośledzenie jest najgorszą postacią dziedziczności, czy ono tylko ze stanowiska eugenicznego wykazuje wpływ ujemny na rozwój rasy? Oczywiście nie, jest cały szereg czynników gorszych, a jednak prawo ich zupełnie nie ogranicza. Niemożna znaleźć podstawy słusznej dla tego rozróżnienia. Chyba znowu tę, że jeśli usunąć od prawa płodzenia dzieci syfilityków, rakowatych, gruźliczych, alkoholików, to znowu powstanie przeciwko temu interes jednostek zbyt licznych i właśnie rekrutujących się przeważnie z mocnych tego świata i w interesie własnym założy veto przeciwko interesowi ogólnemu.

Zresztą sprawa dziedziczności jest sprawą tak ciemną, że należy być bardzo ostrożnym w wyprowadzaniu z niej bezpośrednich wniosków praktycznych.

Współczesne badania biologiczne, mam na myśli głównie t. z. Weismanizm i Mendelizm, że użyje ogólnika na określenie spraw, o które mi chodzi, rzucają tak odmienne światło na całe zagadnienie, że trzeba naprawdę trochę poczekać, zanim zacznie się wprost odsądzać wszystkich, posiadających cechy dziedziczne od prawa płodzenia potomstwa. Poprostu „panująca“ cecha może być przekazana dziedzicznie przez stronę zdrową, a „wsteczna“ może zupełnie nie być dziedziczona. Fakty wydobyte przez Mendla, Weismana i licznych następców mocno za tem przemawiają. Dziedzicznie obarczeni płodzić mogą nawet genjuszów, i jest sprawą wątpliwą, czy reglamentacja prawno-państwowa tych spraw, posiadająca raczej charakter zootechniczny niż ludzki, da w rzeczy samej społeczność fizycznie i moralnie zdrowszą.

Reasumując wyniki, do których doprowadza nas rozważa-

nie nowego prawa o umysłowo upośledzonych, możemy je streścić w szeregu założeń następujących.

1) Dążenie do wyodrębnienia prawodawstwa o umysłowo upośledzonych w kategorję oddzielną od prawodawstwa o obłąkanych w ogólności jest zasadne i słuszne zarówno ze stanowiska teorji jak praktyki.

2) Opieka roztoczona przez prawo nad tymi, których uznała za umysłowo upośledzonych jest zupełna, braków nie posiada. Komisja do spraw dotyczących umysłowo upośledzonych posiada bardzo szeroką kompetencję i egzekutywę; jej bezstronność jest całkowicie przez prawo zagwarantowana; udział kobiet w komisji jako pełnoprawnych jej członków stanowi niewątpliwie rys dodatni, charakteryzujący nowe prawo.

3) Sposób w jaki zostaje przeprowadzone uznanie kogoś za umysłowo upośledzonego nie pozostawia nic do życzenia. Ponieważ orzeczenie pociąga za sobą ograniczenie praw obywatelskich, zostało ono pozostawione władzy sądowej; ponowne powtarzanie orzeczenia po roku a następnie co pięć lat jest może uciążliwe, ale słuszne i sprawiedliwe.

4) Wprowadzenie biologicznej oceny jako sprawdzianu sprawności władz umysłowych jest zasadne i słuszne i stanowi niewątpliwie dodatni rys nowego prawa.

5) Ograniczenie tego sprawdzianu w stosunku do osłabienia władz umysłowych wyłącznie tylko do zakresu współzawodnictwa jednostronnego w walce o byt krytyki nie wytrzymuje. Prawodawca przyjąwszy sprawdzian biologiczny nie zastosował go w całej rozciągłości, wskutek czego spaczył i zmniejszył wartość samego prawa.

6) Jedynie zasadnym ze stanowiska ogólno biologicznego jest sprawdzian społecznie użytecznej pracy, przed czem cofnął się prawodawca ze względów oportunistycznych, wskutek czego nowe prawo, pozornie demokratyczne, w swej istocie jest w rzeczy samej antydemokratyczne; stwarza przywileje bogatych, upośledza biednych, zapoznaje całkowicie użyteczność społeczną jako wykładnik praw i stosunków jednostki do społeczeństwa i społeczeństwa do jednostki, czego można i należy oczekiwać od każdego prawa nowego, które winno coraz bardziej te właśnie wartości wprowadzić do świadomości ludzkiej i do życia współczesnego.

7) Zakazu płodzenia potomstwa przez umysłowo upośledzonych szczególnie wobec szerokości zakresu, jaki temu pojęciu nadaje nowe prawo, wobec wyraźnej jego nierówności, upośledzenia ubogich, uprzywilejowania bogatych — nie można uznać za dostatecznie uzasadniony, tembardziej, że dotyczy on jedynie dziedziczenia upośledzenia umysłowego, wszelkie zaś inne postaci dziedziczności (syfilis, rak, gruźlica, alkoholizm) nie podlegają prawnym ograniczeniom.

8) Dążenia eugeniczne poprawienia rasy nie znajdują jeszcze dostatecznie naukowo uzasadnionego podłoża, ażeby można było na nich już obecnie budować zarządzenia praktyczne; dotyczy to szczególnie sprawy dziedziczności, której charakter jest jeszcze bardzo ciemny i nie daje podstawy do wyprowadzania wniosków, które bez obrażania poczucia sprawiedliwości, bez krzywdy ludzkiej, mogłyby znaleźć zastosowanie praktyczne w życiu.

STRESZCZENIA.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

A. BECK i G. BIKELES. W sprawie pobudliwości kory móżdżku.

Horsley w całym szeregu prac swoich przeczy istnieniu bezpośredniej pobudliwości kory móżdżku i przyjmuje, że wszelkie ruchy, jakie się spostrzega przy draźnieniu kory, są jedynie następstwem działania prądu na głębsze warstwy substancji białej i na jądra móżdżku.

Natomiast Rothmann uważa istnienie pewnej bodaj pobudliwości kory móżdżku za rzecz dowiedzioną, opierając się na doświadczeniach, w których przez draźnienie górnej powierzchni móżdżku otrzymał odosobnione ruchy palców przednich kończyn.

Autorowie według metody Baglioniego kładli na okolicę psychoruchową kory móżdżku psa kawałeczki bibuły napojonej 1—2% roztworem strychniny. W ten sposób badali kolejno różne płaty, między innymi i uważane przez Rottmanna za pobudliwe. Doszli oni do przekonania, że kora móżdku sama przez się nie posiada bezpośredniej pobudliwości.

J. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1912 Nr 7).

NOWICKI. Badania anatomo-patologiczne nad wpływem śródżylnie wprowadzonych wyciągów z części przedniej i tylnej przysadki mózgowej na niektóre narządy królika.

Autorowie wstrzykiwali przez czas dłuższy wyciągi z przysadek wolich i doszli do następujących wyników:

1) Wyciągi te sprowadzają ubytek wagi ciała, nawet aż do wynędznienia, ubytek, który jest większym po wstrzykiwaniach części przedniej i niezależnym od pierwotnej wagi zwierzęcia.

2) Nie wywołują, chyba wyjątkowo, zmian anatomicznych w tętnicy głównej, jej rozgałęzieniach większych i najdrobniejszych.

3) Sprowadzają stale mierny przerost serca nieco większy

z części tylnej, bez zmian wstecznych w samym mięśniu sercowym.

4) Działają podrażniająco na nerki przez cały czas wstrzykiwań, powodując wzmożenie ich czynności, a więc i większe wydzielanie moczu.

5) Wyciągi z obu części, więcej z płatu tylnego, działają na nadnercza, sprowadzając w nich zmiany, świadczące o ich podrażnieniu.

6) Działanie przez czas dłuższy wstrzykiwanych wyciągów z przysadek w porównaniu z adrenaliną jest słabsze i to pod względem zmian anatomicznych, w szczególności w układzie naczyniowym.

J. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1912. Nr 16, 17, 18).

BOGUSŁAW KLARFELD. O rozpoznaniu guzów przy moście a wewnątrz mostu Varola.

Guzy w t. zw. zaułku mostowo-móżdżkowym niektórzy chirurdzy (Horsley, Krause, Borchardt, v. Eiselsberg) wyłuszczają radykalnie i temsamem sprowadzają wyleczenie. Jasnem jest, jak wielką wagę przywiązywać należy do rozpoznania, czy guz jest umiejscowiony w samej istocie mostu Varola, czy też obok mostu i tylko nań uciska.

Wobec tego, że ogólne prawidła rozpoznawcze można wysnuć tylko z zestawienia znacznej ilości przypadków, autor zebrał w piśmiennictwie szereg (75) spostrzeżeń guzów w kącie mostowo-móżdżkowym, w których stwierdzono rozpoznanie przy sekcji lub operacji. Wogóle autor stwierdza 4 grupy objawów: 1) zwiększone ciśnienie wewnątrz-czaszkowe, 2) zajęcie nerwów mózgowych 3) zaburzenia równowagi w najszerszem pojęciu, 4) zajęcie szlaków ruchowych i czuciowych.

Aby rozpoznać guz w kącie mostowo-móżdżkowym, należy stwierdzić trzy szeregi objawów: 1) zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, 2) zaburzenia równowagi, 3) jednostronne lub nierównomierne zajęcie dwu lub trzech nerwów mostowo-opuszkowych, zwłaszcza słuchowego, twarzowego i trójdzielnego. Cennym, lecz rzadszym objawem rozpoznawczym, będzie niedowład skojarzonych ruchów gałek ocznych przy spojrzeniu w jedną stronę lub w braku tegoż drżenie gałek ocznych nieporażenne, występujące tylko przy spojrzeniu w jedną stronę.

Co do budowy histologicznej, to guzy w kącie mostowo-móżdżkowym są glejakami, mięsakami, włókniakami lub nowotworami mięszanymi.

Guzy wewnątrz-mostowe są prawie zawsze albo gruzełkami olbrzymiemi albo też glejakami lub mięsakami.

Autor zestawia 29 przypadków guza wewnątrz mostu. Spotykamy i tutaj niedowład skojarzonych ruchów gałek ocznych. Zawsze w tych razach znajdowano zajęcie tylnych pęczków podłużnych (fasciculi longitudinales posteriores). Cech nieomylnych, odróżniających zniszczenie pęczków (a więc z guzem wewnątrz mostu) od ucisku (zależnego od guza obok mostkowego) nie znamy. Zupełne porażenie przemawia za guzem wewnątrzmostkowym; porażenie spojrzenia w jedną tylko stronę—za guzem obok-mostowym; późniejsze porażenie bywa w przypadkach guza obok mostu.

Autor zaznacza duże nieraz trudności, nasuwające się przy rozpoznawaniu guza wewnątrz mostu. Zazwyczaj początek rozpoznania jest następujący: a) naprzód stwierdzamy istnienie guza wogóle, b) później określamy jego umiejscowienie. Lecz, według zestawienia zebranych przypadków, aby orzec, że mamy do czynienia z guzem, że ognisko w moście jest pochodzenia nowotworowego, a nie innego, do tego w $^2/_3$ przypadków brak nam podstaw, w $^2/_3$ przypadków brak objawów zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Niekiedy objawy oraz przebieg choroby pozwalają nam wysnuć pewne wnioski nawet co do natury guza, tak np. utrzymywanie się przez pewien czas czystego zespołu Raymond-Cestana pozwala nam przypuścić gruzełek w czepcu mostu, wczesne natomiast wystąpienie zaburzeń opuszkowych przemawia raczej za glejakiem lub mięsakiem.

Cech stanowczych, patognomonicznych, które by nam pozwoliły orzec, czy guz tkwi w samej istocie mostu, czy też rozwinął się obok mostu, nie znamy. Wszystkie objawy charakterystyczne pouczają nas tylko, że proces dotyczy odcinka mózgowia, zwanego „metencephalon.” Naturalnie w przypadkach zupełnie typowych, tam, gdzie stwierdzimy tarczę zastoinową przy objawach ściśle jednostronnego zajęcia obu gałęzi nerwu słuchowego, twarzowego i trójdzielnego, tudzież jednostronne zaburzenia równowagi kinetycznej, w tych przypadkach nie zawahamy się rozpoznać z samego obrazu chorobowego guza w zaułku mostowo-móżdżkowym. Lecz zazwyczaj obraz chorobowy jest mniej jasny. Wtedy pozostaje jedno tylko kryterjum: przebieg, porządek, w jakim objawy po sobie następowały.

J. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1912 Nr 9—20).

K. ORZECHOWSKI i E. MEISELS. Badania czynności narządów nerwowych wegetatywnych w padaczce.

Badania histologiczne ostatnich lat, badania roentgenologiczne czaszek padaczkowych doprowadzają do ustalenia pojęcia padaczki, jako choroby mającej niemal stałe podłoże organiczne.

Nie ulega wątpliwości, że i czynności chemiczne odgrywają pewną rolę w powstawaniu choroby samej, w wywoływaniu napadów. Zaburzenia przemiany materji mają najprawdopodobniej dość duży udział w etiologji choroby. We wpływie choroby anatomicznej ośrodkowego układu na narządy nerwowe odżywcze również można szukać wytłomaczenia tak stałych zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych w padaczce (dolegliwości sercowe, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe).

Badania autorów obejmują 20 przypadków. Poddano 19 chorych wstrzykiwaniom adrenaliny, 20 pilokarpiny i 20 atropiny. Wyniki badań może znajdą zastosowanie na polu rozpoznania różniczkowego.

O ile w danym przypadku wątpliwym występuje oddziaływanie wagotoniczne, przemawia to do pewnego stopnia na korzyść rozpoznania padaczki. Wagotonia padaczkowych tłomaczy ich dolegliwości trzewiowe, sercowe, żołądkowe, naczynioruchowe i ze strony gruczołów potowych. Dla tego też dodatnio działają przetwory belladony na te zaburzenia. Na całym szeregu chorych na guzy mózgu autorowie zauważyli wybitne, przemijające pogarszanie się wszystkich objawów, które zwykle tłomaczy się wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego. Widocznie pilokarpina pobudza czynność wydzielniczą splotów naczyniowych mózgu. Występowanie skurczów po wstrzyknięciu pilokarpiny powinno by w przypadkach, gdzie ośrodki są pod wpływem drażniącym guza, pomódz do wyboru miejsca i strony dekompresji operacyjnej.

J. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1912. Nr 4—6).

PIŚMIENNICTWO OBCE.

ARCH. f. PSYCH. u. NERVENK. (Tom 48 Zeszyt III).

K. RUPPRECHT. Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Iugendlicher.

Sądy dla nieletnich zostały wprowadzone w Niemczech od 3 lat. W sądach tych badane są źródła zbrodni, przyczyny społeczne, ekonomiczne, psychiczne, z których wyrósł czyn karygodny dziecka. Nie czyn sam w sobie, ale indywidualność dziecka stawiana jest na pierwszym planie badania. Przed okiem sędziego nierozwinięta dziedzina psychiczna młodzieńca nie występuje tak wyraźnie jak charakter dorosłego. Szczególnie głupowatość (Schwachsinn) długo może pozostać utajoną. Dla osądzenia takich ukrytych ale istniejących w zarodku nienormalnych stanów nieodzowny jest psychjatra. W monachijskim

sądzie dla nieletnich we wszystkich przypadkach prowadzone są badania psychjatryczne.

Umysłowo nienormalni młodzieńcy, podlegający sądom, dają się podzielić na 3 grupy: psychopaci, histerycy i głupowaci. Ci ostatni według doświadczenia w Monachjum tworzą większość umysłowo upośledzonych oskarżonych. Wiek od 14 do 18 lat spotyka się najczęściej, połowa przypadków po 16 l. Skłonności głuptaków do określonych czynów nie daje się ustalić, spostrzega się kradzież na pierwszem miejscu, potem pobicia, oszukaństwo, wykroczenia przeciw moralności i inne. Czyny same mogą być pomyślane i przeprowadzone z wyrafinowaniem. Jako przyczynę głupowatości podaje autor wrodzone usposobienie, wewnętrzne zaburzenia rozwojowe, obarczenie dziedziczne, w którem dużą rolę gra pijaństwo, szczególnie ojca, uszkodzenia głowy.

GEORG EISATH. Weitere Beobachtungen über das menschliche Nervenstützgewebe.

Co się tyczy biologji komórki glejowej autor na podstawie swoich badań zwraca uwagę na ziarenka gleju (Gliagranula). Leżą one w około jądra i wysyłają promienie ziarenek ku obwodowi komórki, przyczyniając się do utworzenia konturu komórki. Są one tworem żywej komórki nie zaś produktem sztucznym, autor przypisuje im znaczenie fizjologiczne, odżywcze, mają one dla komórek znaczenie spichlerza. Badania autora nad patologją komórki glejowej stwierdzają w niej rozmaite sprawy chorobowe zanik, przerost, tworzenie się pęcherzyków, jamek, twory ziarniste wewnątrzkomórkowe. Te ostatnie różnią się od wyżej wspomnianych ziarenek fizjologicznych swoim układem: leżą bezładnie, nie promieniują i nie uwidoczniają zarysów komórki. Na szczególną uwagę zasługują t. zw. komórki glejowe amebowate (pojęcie wprowadzone do histopatologji przez Alzheimera). Oprócz tych zmian autor opisuje komórki glejowe, w których zaródź jest pozbawiona ziarniny, staje się brudną, nieprzezroczystą, ma wygląd jednolity, zarysy komórki są wyraźne. Tę zmianę autor nazywa jednolitem przekształceniem—(Hommogene Umwandlung). Komórki glejowe jednolicie przekształcone są zdolne w pewnych razach do powrotu do stanu prawidłowego. Autor przypuszcza, że przy tej zmianie zachodzi zaburzenie w odżywianiu komórki. Ważną dalej rolę w patologji kom. glejowej odgrywa pęcznienie kom. (Quellung) i rozpływanie się (Kolliquation). Pod pęcznieniem autor rozumie powiększenie objętości poszczególnych komórek na skutek nienormalnego przyciągania wody. Masowe napęcznienie komórek glejowych powoduje obrzęk mózgu. Autor zwraca uwagę, iż w jednej i tej samej komórce znajdują się nieraz

rozmaite sprawy patologiczne: przemiany amebowate i jednolite, twory wewnątrzkomórkowe, pęcznienie. Wyniki badań autora w poszczególnych chorobach umysłowych są następujące. W głupowatości w korze autor nie znalazł różnicy z mózgiem zdrowym natomiast w substancji białej znajdywały się komórki zanikowe ze zmienionem jądrem. Zdaniem autora mielibyśmy tu do czynienia z zaburzeniami podkorowemi. W niedołęstwie umysłowem w 2 przypadkach autor znalazł: bujanie przerostowe gleju głównie na powierzchni kory oraz bujanie okołonaczyniowe i zjawiska zanikowe w korze i substancji białej. Zmiany te rozpościerają się na wszystkie okolice mózgu. Towarzyszą tym zmianom przekształcenie amebowate i jednolite. Komórki często mają kształt wrzecionowaty albo walcowaty W padaczce we wszystkich przypadkach autora dają się stwierdzić zmiany w gleju. Szczególnie zwraca uwagę: bujanie gleju w pasie przybrzeżnym (Randgliose), ciałka okołonaczyniowe, spotykane najczęściej u epileptyków zmarłych w stanie padaczkowym, komórki amebowate. Zmiany w padaczce są natury ogólnej, cały mózg jest dotknięty, mamy więc tu do czynienia z rozsianem cierpieniem mózgu. Zmian w rogu Ammona autor w swoich przypadkach nie mógł stwierdzić. W 5 na 12 przypadków wybitniejsze zmiany znajdywały się w okolicy ciemieniowej, a w 6 szczególnie znaczne w móżdżku. W przypadkach, w których nie było znacznego stępienia ale śmierć nastąpiła wśród objawów ostrych (zamroczenie, stan padaczkowy), przeważa obrzęk, napęcznienie komórek glejowych, przytem najczęściej waga mózgu jest zwiększona. W przypadkach z głębokiem stępieniem przeważają zmiany zanikowe, komórki są uboższe w wodę, waga mózgu zmniejszona. W alkoholizmie autor znalazł bujanie gleju w pasie przybrzeżnym, zmiany amebowate i jednolite w korze i substancji białej.

H. HUSSELS. Ueber die Behandlung des progressiven Paralyse mit Na. nucleinicum.

Autor stosował zastrzykiwania nukleiny sodowej u 5-ciu chorych, z których 4 było już w okresie posuniętym choroby. Tylko w jednym przypadku można było stwierdzić polepszenie. Roztwór robiono bezpośrednio przed wstrzykiwaniem, początkowo 1 do 2,5⁰/₀ z odpowiadającą ilością soli kuchen.; następnie stosowano tylko roztwór 2,5 nukleiny sodowej + 2,5% soli i szprycą 20 ccm. wstrzykiwano początkowo 40 potem 100 ccm., więc 1 do 2,5 gr. nuclleiny. Każdy chory otrzymał 7 zastrzykiwań w przeciągu 28 dni.

Leukocyty liczone były na 24 godz. przed wstrzykiwaniem i w 6, 12, 24, 48, 72 godz. po zabiegu. Ciepłota mierzona co 2 godz.

Spostrzeżenia autora: zastrzyknięcia były bolesne, co przy częstem braniu krwi do liczenia leukocytów czyni leczenie dotkliwem dla chorego. W miejscu zastrzykiwania obserwowano lekki stan zapalny. Ropienia nie było. Ciepłota była stale podniesiona, najwyższa 40,3^0, najniższa 38^0. Leukocytoza stale była zwiększona. Hyperleukocytoza nie była równoległą do podniesienia ciepłoty, leukocytoza rozwijała się wolniej i trwała dłużej. Oba zjawiska były zależne od ilości wprowadzonego środka. Ta sama ilość zdawała się działać słabiej w zgęszczonym roztworze niż w rozcieńczeniu. Odczyn Wassermann'a pozostał bez zmiany.

W jednym przypadku poprawa nastąpiła bezwątpienia w związku z leczeniem. Zdaniem autora nastąpiło tu uwolnienie ustroju od nagromadzonych produktów toksycznych. Objawy chorobowe odpowiadające sprawie organicznej pozostały. Usunięcie toksyn może odwlec bieg choroby. Możliwość wyleczenia na tej drodze zależałaby od rodzaju związku pomiędzy sprawą paralityczną a jadami przemiany materji.

S. Suszczyńska.

MUNCH. MED. WOCH. 1912.

N-r 17. WALTER GEISSLER. Luminal, ein neues subcutan anwendbares, starkwirkendes Hypnoticum.

Wielką już liczbę środków nasennych powiększył nowy preparat, luminal, który, zdaniem Geissler'a, ma mieć wielkie zalety, pozwalające mu zająć pierwszorzędne miejsce śród innych nasennych środków. Pod względem chemicznym jest to preparat, różniący się od weronalu tem, iż grupa etylowa zamieniona została przez grupę phenylową (Phenylaethylbarbitursäure). Autor robił liczne doświadczenia z luminalem na klinice prof. Aschaffenburg'a. Luminal nie rozpuszcza się w wodzie, a z łatwością w rozcieńczonych alkaliach (1% roztwór sody); sól jego (luminalnatrium) bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie i nadaje się do bezbolesnych podskórnych zastrzykiwań. Zadany w dawce 0,2 lub 0,3 zazwyczaj wywołuje parogodzinny sen, w dawce 0,4 zawsze spokojny sen wciągu 6—8 godzin. Dla neurologów i psychjatrów luminal ma mieć tem cenniejsze znaczenie, że prócz nasennego działania u chorych silnie podnieconych (mania, delirium tremens, paral. progr., epilepsia) dawka 0,4 pod skórę, a następnie jeszcze 0,2 daje kilkogodzinne uspokojenie. U alkoholików podnieconych, kiedy hyoscina, morfina, weronal nie działały, 0,4 luminalu z powtórnem wstrzyknięciem 0,2 dawało wybitne działanie. Dotychczas żadnych złych skutków pobocznych ze strony żołądka, nerek, serca nie zauważono.

N-r 19. GEORGES L. DREYFUS. Nervöse Spätreaktionem Syphilitischer nach Salvarsan?

Autor zastanawia się krytycznie nad wnioskami, jakie wyprowadził Ravaut, który (patrz ref.) zaleca wielką ostrożność w stosowaniu Salvarsanu u syfilityków z wtórnymi objawami. Badania autora, robione wspólnie z Altmann'em na Herxheimer'owskiej klinice, potwierdziły w zupełności opinię Ravaut'a co do tego, że przy wtórnych objawach syfilitycznych przy braku zupełnym objawów klinicznych ze strony układu nerwowego badanie płynu mózgordzeniowego wykazuje większe lub mniejsze zaburzenie i że badanie takie należy zawsze przeprowadzać przed leczeniem, podczas i po leczeniu specyficznem. Jednakże co do kwestji, czy należy unikać leczenia salvarsanem podczas wtórnych objawów syfilisu, kiedy znajdujemy większe zaburzenia w płynie mózgordzeniowym, to autor dochodzi do wręcz przeciwnych wniosków, niż Ravaut. Dreyfus jest zdania, że niebezpiecznem jest stosować małe dawki salvarsanu i że Ravaut miewał z tego właśnie względu neurorecydywy. Zdaniem Dreyfusa należy zastrzyknąć najmniej 3,0 salvarsanu (licząc razem wszystkie wstrzyknięcia); w ciężkich przypadkach należy kombinować salvarsan razem z rtęcią i jodem. Jeśli zaś będziemy stale badać płyn mózgordzeniowy i stosownie do jego stanu zastosujemy leczenie, to możemy spodziewać się, że unikniemy w przyszłości trzeciorzędnych objawów syfilisu.

N-r 35. A. HAUPTMANN. Luminal bei Epilepsie.

Autor, stosując luminal na uniwersyteckiej klinice psychiatryczno-neurologicznej w Freiburgu w ciągu wielu miesięcy w ciężkich przypadkach padaczki, gdzie najwyższe dawki bromu nie dawały żadnego wyniku, doszedł do następujących wyników: luminal niezawodnie dodatnio wpływa na padaczkę, zmniejszając ilość i ciężkość napadów, zwłaszcza w tych przypadkach padaczki, gdzie brom nie wywiera żadnego wpływu lub wskutek pobocznych działań nie może być stosowany. W średniociężkich przypadkach wystarcza dawka dzienna luminalu 0,15 do 0,20, w ciężkich przypadkach 0,30. Żadnych pobocznych szkodliwych wpływów przy codziennem użyciu w ciągu wielu miesięcy autor nie spostrzegł, zwłaszcza żadnego kumulacyjnego wpływu nie widział, przeciwnie nawet jakby pewne przyzwyczajenie do tego środka.

N-r 36 i 37. A. ULRICH. Mitteilungen ueber fünfjährige Erfarungen der Epilepsie — behandlung bei salzarmer Kost.

N-r 36. HANS W. MAIER. Versuche mit einer neuen Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost („Sedo—Roche“).

Od czasu, jak Toulouse i Richet wprowadzili nowy sposób leczenia padaczki, wielu autorów wypróbowało go i doszli do dodatnich wyników, zastrzegając, że stosowanie bromu z wyłączeniem soli z pokarmów powinno być systematycznie prowadzone całe lata, gdyż powrót do pokarmów słonych po pewnym czasie jedzenia bez soli więcej szkody, niż pożytku przyniesie epileptykowi. Ulrich w zakładzie dla epileptyków w Zurichu konsekwentnie w ciągu 5 lat u 15 epileptyków przeprowadził metodę Toulouse i Richet'a. U wszystkich tych chorych od czasu wprowadzenia pokarmów bez soli rozpoczęła się poprawa, u 6 chorych ataki zupełnie ustały i w ciągu lat całych nie wróciły; u 9 nastąpiła znaczna poprawa i co do ilości ataków i co do jakości, gdyż szczególniej zmniejszyła się ilość ciężkich drgawkowych ataków. Prócz tego, u wszystkich chorych nastąpiła znaczna poprawa pod względem psychicznym. Dodać należy, że wszystkie powyższe przypadki padaczki należały do bardzo ciężkich. Co zaś do t. z. zatrucia bromem (bromismus), to większość chorych przeszła je w lekkim stopniu w ciągu kilku tygodni; wystarczało zmniejszenie dawki bromu, a niekiedy podawanie soli (1,0 do 5,0 dziennie) do zupełnego usunięcia objawów zatrucia. Najsłabszą stroną metody Toulouse i Richet'a jest smak pokarmów bez soli; większość chorych nie może przezwyciężyć wstrętu do takiego jedzenia. Ulrich radzi więc dodawać różne smakowe korzenie, jak majeranek, anyżek, miętę, kapary, selery, preparaty firmy Maggi; szczególniej zaś zachwala preparat bromowy, przygotowany przez firmę Hoffmann—La Roche & C-o t. z. „Sedo-Roche", tabletki wagi 2,0 każda, zawierające NaBr. 1,1—NaCl 0,1 zresztą roślinne ekstraktywne korzenie. Rozpuściwszy jedną taką tabletkę w 100—200 gram. wody wrzącej, otrzymujemy bardzo smaczną zupę; można rozpuszczać taką tabletkę i w innych zupach bez soli. Autor podawał chorym od 2 do 5 takich tabletek dziennie. Maier u 20 chorych nerwowych (padaczka, neurastenia, pobudzenie płciowe i inne) wypróbował działanie „Sedo-Roche" tabletek i przekonał się o wyższości działania bromu w tej formie, aniżeli podając NaBr. w zwykłym roztworze, a przytem wszyscy chorzy chwalili smak zupy z owych tabletek. Żadnego działania na przewód pokarmowy obaj autorzy nie zauważyli.

N-r 38 i 39. LEREDDE (z Paryża). Ueber die günstige Beeinflussung der Tabes dorsalis durch Salvarsan.

Autor jest gorącym zwolennikiem leczenia wiądu rdzenia zapomocą salvarsanu lub neosalvarsanu, utrzymując, że dzięki energicznemu i wytrwałemu leczeniu salvarsanem zawsze wiąd może być wyleczony. Ujemne wyniki, otrzymywane dotychczas przez wielu autorów, są skutkiem nieodpowiedniej dozy

i nie dość wytrwale prowadzonego leczenia. Autor trzyma się następującej techniki: normalna doza salvarsanu jest 0,01 na kilo wagi chorego, neosalvarsanu 0,015; a więc przy wadze 60 kilo należy zastrzyknąć 0,6 event. 0,9; między zastrzyknięciami salvarsanu robi autor 8-dniową pauzę, neosalvarsanu 4—5 dniową. Ze względu na występujące niekiedy ostre zaburzenia ze strony opon mózgowych, czego należy się rzadko obawiać u tabetyków, autor zaczyna od mniejszej dozy—0,4, albo robi pierwszą serję zastrzyknięć 0,2—0,4—0,6 (neosalvarsanu: 0,3—0,6—0,9 i 0,9); jeśli zastrzyknięcie wywołuje ból głowy lub gorączkę, to następne zastrzyknięcie powinno być tej samej siły, co poprzednie. Następną serję robi autor po 0,6 trzy razy, albo też zaczyna od 0,4. Przerwy między serjami zastrzyknięć nie wynoszą więcej nad 2 miesiące, a najlepiej jeden miesiąc. Leczenie prowadzi się pod kontrolą reakcji Wassermana z krwi; dodać należy, że uzyskać ujemną reakcję u tabetyków należy do trudnych zjawisk. Cel leczenia—usunięcie wszelkich patologicznych objawów, a przedewszystkiem seroreakcji. Przed rozpoczęciem kuracji robi autor nakłucie lędźwiowe i powtarza ten zabieg, jeśli reakcja Wasermana i Hecht-Weinberga wypadnie ujemnie. Jeśli jest znaczna limfocytoza lub WR. dodatnia z płynu mózgordzeniowego, to należy kontynuować leczenie. Tak zw. Herxheimerowskiej reakcji autor wogóle u tabetyków nie obawia się; dość często zaś po zastrzyknięciu następuje podniesienie temperatury nawet do 40^0, niekiedy obostrzenie bólów strzelających na kilkanaście lub kilkadziesiąt godzin; raz wystąpiła crise gastrique bardzo silna w ciągu 48 godzin. Autor leczył tym sposobem 15 tabetyków i otrzymał doskonałe wyniki. Zdaniem jego tabes incipiens jest stanowczo zupełnie uleczalny, a w zadawnionym wiądzie po sumiennej kuracji nowe objawy stanowczo nie występują, a dawne wszystkie prawie zupełnie znikają. Świeże objawy dość szybko ustępują. Rozumie się, tak energicznej kuracji nie można stosować u tabetyków, dotkniętych takiemi cierpieniami jak myocarditis, pyelonephritis, stwierdnienie naczyń krwionośnych w wysokim stopniu i u bardzo wycieńczonych.

Nr. 39. GERMANUS FLATAU. Ueber Chorea luetica.

W literaturze dotychczas opisano bardzo niewiele przypadków pląsawicy pochodzenia syfilitycznego. Autor podaje opis przypadku, który dotyczył $5^1/_2$ letniego chłopca, cierpiącego na pląsawicę od 4-go miesiąca swego życia, kiedy zachorował na zapalenie opon mózgowych, prawdopodobnie pochodzenia syfilitycznego. Próba Wasermana ze krwi była dodatnią. Wszelkie przyjęte dotychczas w medycynie leczenie przeciw pląsawicy pozostało bez skutku. 2 razy zastrzyknięty śródżylnie salvarsan

(po 0,2) bez widocznej poprawy. Dopiero 3 razy powtórzona serja wcierań szarej maści (razem 192 gram.) wywarła znaczną poprawę. Próba Wasermana wypadła potem ujemnie. Leczenia autor jeszcze nie zakończył, ma zamiar w dalszym ciągu prowadzić leczenie specyficzne.

Nr. 39. JAEGER. Schussverletzung des Gehirn mit Verweilen der Kugel im IV Ventrikel während 4½ Jahre.

W ostatnich czasach sporo opisywano przypadków guzów, a zwłaszcza bąblowe w 4-ej komorze mózgu. Jako wybitniejsze objawy notowano: wyraźną zmianę okresów zupełnego zdrowia i ciężkich objawów chorobowych, szczególnie silnych bólów głowy, zawrotów, wymiotów, zaburzeń w tętnie i oddechu. Bruns spostrzegał przy nagłych biernych ruchach głowy silny napad zawrotu głowy. Autor opisuje następujący przypadek, spostrzegany na klinice prof. Antona: 27-letni buchalter w celach samobójczych strzelił do siebie z rewolweru w prawą skroń; po kilku dniach przytomność powróciła i stwierdzono porażenie lewostronne; po pewnym czasie chory znacznie się poprawił, konstatowano wtedy: lewostronne spastyczne osłabienie z afazią, ograniczenie ruchów gałek ocznych, oczopląs, napady śmiechu. Ponieważ niekiedy występowały bóle głowy, nieznaczne zaburzenia połykania i oddechu, a prześwietlenie rentgenowskie wykazało kulę w tylnej jamie mózgowej na linji środkowej, zrobiono operację w celu wydobycia kuli, której jednakże podczas operacji znaleść nie udało się; chory wieczorem po operacji zmarł. Autopsja wykryła kulę w górnej części 4-ej komory mózgowej.

Nr. 41. A. SAENGER. Nervenerkrankungen in der Gravidität.

Autor przypomina swoją dawniejszą pracę z roku 1897, w której opisał przypadki polyneuritis purperalis, a także jeden przypadek neuritis retrobulbaris puerp. We wszystkich tych przypadkach ciąża i poród przebiegały normalnie, żadnych gorączkowych powikłań nie było. Większość autorów zgadza się, że zapalenie nerwów jest pochodzenia toksycznego; do przejawów samozatrucia należą także eklampsia i wymioty, których niczem nie można powstrzymać. Co do wymiotów, to niezawodnie w wielu przypadkach mamy do czynienia z histerją, ale zazwyczaj są one skutkiem zatrucia i często bywają powikłane zapaleniem nerwów; objaw ten jest wskazaniem do sztucznego poronienia. Trudniejsza jest kwestja, czy przerwać ciążę na wypadek padaczkowych napadów. W większości przypadków ciąża pogarsza stan epileptyczek; czasem podczas ciąży lub porodu występuje pierwszy napad padaczkowy; niekiedy ciąża na nowo wywołuje pa-

daczkę, poprzednio wyleczoną. Większość autorów radzi wywołać poronienie w przypadkach padaczki z częstymi napadami. Wielu psychjatrów wcale nie zajmuje się kwestją poronień w przypadkach t. zw. psychosis puerperalis. Saenger radzi być bardzo ostrożnym co do rokowania; okoliczność, że takie psychozy mają zazwyczaj dobrotliwy przebieg, nie wyłącza ciężkiego zejścia. Autor przytacza przykłady, gdzie wykonanie poronienia w podobnych przypadkach dało doskonały wynik.

Nr. 42. SCHUMACHER. Entlastungstrepanation oder Balkenstich bei Turmschädel mit Hirndruckerscheinungen?

U 5-letniego chłopca, mającego w wysokim stopniu wyrażoną czaszkę wieżową (Turmschädel), wystąpiły objawy szybko zwiększającego się ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Z tego względu autor wykonał zabieg Anton-Braman'a t. j. nakłucie corporis callosi. 5-go dnia po operacji nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne wykryło skrzep jednej z żył przy otworze operacyjnym; zresztą pokazało się, że nie zwiększona ilość płynu mózgordzeniowego, lecz rosnący mózg był przyczyną zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, z tego więc względu nakłucie corporis callosi nie mogło mieć dodatniego wpływu. Autor wyraża zdanie, że u chorych z wieżową czaszką mamy głównie zbyt małą pojemność czaszki i z tego względu trepanacja dekompresyjna powinna dać o wiele lepszy wynik, aniżeli nakłucie corporis callosi.

Nr. 43. SZAMETZ. Salvarsan bei chorea minor.

W dostępnej literaturze autor znalazł tylko 10 przypadków pląsawicy, leczonej salvarsanem. Sam podaje następujące spostrzeżenie: chłopiec 10-letni, dotknięty pląsawicą w silnym stopniu, musiał leżeć w łóżku, gdyż ruchy nie pozwalały mu ani stać ani chodzić; mowa niezrozumiała, łykanie bardzo utrudnione. W ciągu 6 miesięcy leczony arszenikiem w kroplach bez żadnej poprawy. Po zastrzyknięciu śródżylnem 0,2 salvarsanu już w parę dni zaczęła się stopniowa poprawa i chłopiec w 3-cim tygodniu potem zaczął chodzić do szkoły.

Nr. 44. ORTENAU. 7 Fälle von psychischen Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt.

Autor opisuje 7 przypadków chorób nerwowych i umysłowych (nerwica ciężka, melancholja, dementia praecox) zupełnie wyleczonych dzięki zastosowaniu odpowiedniego leczenia ginekologicznego. Przypadki te spostrzegane były na klinice prof. Bossi w Genui. Na zakończenie autor przytacza następujące

słowa prof. Bossi: cierpienia narządów rodnych mogą być przyczyną chorób nerwowych i umysłowych u kobiet i te ostatnie mogą być wyleczone dzięki powrotowi do normy czynności ich narządów rodnych. Z tych więc powodów każda umysłowo chora powinna być zbadana ginekologicznie i w razie stwierdzenia cierpienia narządów rodnych odpowiednio leczona.

K. Stróżewski.

NEUROL. CENTRALBLATT 1912.

Nr. 12. K. GOLDSTEIN. Die centrale Aphasie.

Właściwym nosicielem mowy jest ośrodkowe pole kojarzeń. Wokoło tego głównego aparatu grupują się szeregi pomocniczych. Autor artykułu stara się wyjaśnić niemotę ośrodkową. Zdaniem jego t. zw. parafazja, czyli mówienie zamienne zależy od rozluźnienia się aparatu kojarzeniowego pola mowy. Nie zjawia się ono w ośrodku, gdzie znajdują się wyobrażenia głosek, lecz w polu mowy, gdzie odbywają się połączenia. Występuje parafazja nietylko w mowie samodzielnej, lecz w powtarzaniu, określaniu przedmiotów, czytaniu— gdyż w tych wszystkich formach pobudzenie musi przejść przez pole mowy. Więcej złożonem jest powtarzanie wyrazów, gdyż w nim bierze udział prócz pola mowy jeszcze duża część mózgu. Powtarzamy słowa nietylko oddzwiękowo, lecz i ze zrozumieniem. Od tych podwójnych pobudek zależy stosunkowo dobre powtarzanie słów łatwiej zrozumiałych.

W niemocie ruchowej mniej zaznaczają się większe nawet uszkodzenia pola mowy. Łatwiej z zachowanych części słowa domyśleć się znaczenia, niż wymówić słowo niezrozumiałe.

Spornemi są zaburzenia czytania i pisania w korowej zmysłowej i ruchowej niemocie. Różnice te nie są zasadnicze i niezależne od obydwóch ośrodków. W przyp. Mahaima pomimo zupełnej głuchoty i niemoty wyrazowej możliwem było porozumienie się za pomocą pisania.

Amnestyczna niemota t. j. trudne odnajdywanie słów i zamiana brakujących przez opisywanie bez parafazji bywa wynikiem zachorowania nietylko ośrodkowego pola mowy, lecz zależy od zaburzeń stosunków pomiędzy polem mowy i polem pojęcia, które ułatwiają odnajdywanie słów.

Wszystkie wyżej wspomniane uszkodzenia pola ośrodkowego, spotykamy zarówno w korowej zmysłowej, jak i ruchowej niemocie.

Opisana przez Wernickego „Leitungsaphasie“, którą on tłomaczy przerwą połączenia pomiędzy słuchowym i ruchowym ośrodkiem, nie odpowiada danym anatomicznym. Pomimo ta-

kiej przerwy np. bywało nieraz zachowane powtarzanie wyrazów, to ostatnie bowiem zależy od aparatu kojarzeniowego. Dopiero zmiany w tym aparacie powodują zaburzenia powtarzania i niemotę przewodnictwa. Szukając aparatu wzmiankowanego, musimy upatrywać jego położenie pomiędzy obydwoma ośrodkami mowy, a ze względu na budowę zwrócić uwagę na korę wyspy. Zmiany w tej ostatniej stwarzają obraz bardzo bliski ośrodkowej niemocie.

Wogóle topicznorozpoznawcza część nauki o niemocie jest jeszcze mało usprawiedliwiona. Rzeczywiście, ustalonym jest fakt, że ku przodowi znajdujące się ogniska sprowadzają przeważnie zaburzenia ruchowe, z tyłu leżące — zaburzenia czuciowe.

Wszystkie nasze psychiczne przejawy nie są zbyt odosobnione, lecz mniej lub więcej przypominają się i składają się z połączenia różnych składników.

Prof. JENDRASSIK. Zur Aetiologie der rheumatischen Facialislhämung.

Ogólnie znanym jest związek przyczynowy pomiędzy przeziębieniem się a obwodowem porażeniem nerwu twarzowego. Jako podstawę patologiczną cierpienia podają zapalenie nerwu. Zdaniem autora, pogląd ten jest mylny, gdyż w tych razach występuje nie zapalenie, lecz zwyrodnienie nerwu na skutek ucisku, spowodowanego zapaleniem okostny w kanale nerwu twarzowego. Dla tego też w reumatycznem porażeniu n. twarzowego występują silne bóle w okolicy skroni, kości w najbliższem otoczeniu są bolesne przy ucisku. Znajdujemy jednocześnie cierpienia uszu, pozostałości przewlekłego zapalenia ucha środkowego, jako punkt wyjścia zakażenia kanału nerwu. Porażenie bywa często skutkiem zapalenia migdałów. Usposobienie dziedziczne do powstawania choroby powyższej oraz nawroty u tych samych osobników tłomaczyć się dają wrodzoną wązkością kanału, sprzyjającą łatwiejszemu uściskowi nerwu i położeniem anatomicznem w stosunku do ucha środkowego.

D-r PATSCHKE. Zentral bedingte Schmerzattacke mit hochem Fieber bei progressiver Paralyse.

Najczęstszą przyczyną bólów pochodzenia ośrodkowego bywają krwotoki w zewnętrznym wzgórku wzrokowym, poduszce (pulvinar) oraz zmiany we wstędze. Podług Monakowa mogą one ujawniać się w twarzy lub kończynach. Zdaniem jego i ogniska korowe w okolicy środkowo-ciemieniowej powodują niekiedy bóle. W tych wszystkich przypadkach zazwyczaj nie bywa gorączki.

Nagle powstające podniesienia ciepłoty spostrzegał Wagner

w końcu napadów żołądkowych w wiądzie rdzenia. Przypadek zaś autora dotyczył 38 letniej chorej, dotkniętej zniedołężnieniem poraźnem postępowem. Co pewien czas dawały się spostrzegać silne bardzo bóle z dużą gorączką bez objawów podrażnień ruchowych. Cierpienie obwodowe autor wyłącza zupełnie i opisane objawy uważa jako równoważnik napadu paralitycznego.

Nr. 13. C. HUDOVERNIG. Hysteriforme Erscheinungen im Initialstadium von organischen Erkrankungen des Nervensystems.

Jako zwiastuny organicznych chorób systemu nerwowego zjawiają się czasami objawy, właściwe histerji lub neurastenji. Giną one, gdy cierpienie organiczne dostatecznie wyraźnie się rozwinie. Zjawisko powyższe spotykamy w początkowych okresach stwardnienia rozsianego, przedwczesnego otępienia starczego, wiądzu rdzenia, co autor stwierdza opisem 6-ciu odnośnych przypadków. Zależy ono prawdopodobnie od zmian w odżywianiu i czynności systemu nerwowego, które powodują wymienione choroby. W okresie późniejszym zmiany organiczne występują na pierwszy plan, wywołując ciężkie objawy kliniczne na skutek powstających zwyrodnień i ubytku. Do powstawania objawów, przypominających histerję lub neurastenję, usposabia wrodzona słabość lub upośledzenie systemu nerwowego oraz nabyta zmniejszona odporność tegoż.

D-r HEINICKE. Zur Kasuistik der nersös bedingten Sekretionsanomalien. Ein Fall von „Sein hystérique" der Franzosen.

Przypadek autora dotyczy młodej histeryczki, wieloródki, która przeszła okres psychozy. W czasie obserwacji znajdowała się w więzieniu, jako karana za kradzież. Od czasu do czasu zjawiały się u chorej bóle i skurcze w okolicy prawej łopatki, idące ku przodowi i z piersi dość obficie zaczynał się wydzielać płyn żółtawy surowiczy, przypominający mleko (pod drobnowidzem znajdowano leukocyty oraz ciałka tłuszczowe). To samo miało miejsce z lewą piersią, tylko w słabszym stopniu. Napady powyższe powtarzały się kilka razy dziennie. Towarzyszyły im bóle głowy, obrzmienie sutek i nadmierna wrażliwość na ból przylegających części. W przypadku tym, rozpoznanym jako „pierś histeryczna" autorów francuskich, musiano ograniczyć się do leczenia wzmacniającego, gdyż stosowanie środków, zazwyczaj zmniejszających wydzielinę tego gruczołu, jako to: jodku potasu, opaski zawieszającej wyniku należytego nie dało. Ciekawy szczegół zauważył autor: oto w okresach mlekotoku ustępowały zboczenia świadomości oraz nie zjawiały się napady histeryczne.

Dr. MULLER DE LA FUENTE. Ein Versuch zur Erklärung hysterischer Disposition.

Zazwyczaj nie dziedziczy się histerji, jako takiej, lecz usposobienie, na tle którego, zależnie od okoliczności rozwija się dopiero choroba. Może histerja powstawać, jak dowodzi Freud, wskutek psychicznych urazów w wieku dziecięcym, lecz tylko wtedy, gdy dziecko jest odpowiednio do przyjęcia choroby tej usposobione.

Istotę histerji określają zwykle zdaniem, że jest tu nieprawidłowość, zboczenie czynności psychicznych. Uzewnętrznianie tych ostatnich zależy bezpośrednio od odnośnych ośrodków mózgu. Nie można nadać mózgowi nowych zdolności, dla których niema ośrodkowych zawiązków. W tak zwanych „usposobieniach drzemiących" ośrodki odpowiednie istnieją, lecz nie są rozwinięte, więc też nie uzewnętrzniają się. W czasie życia mózg jednostki nie może posiąść żadnych nowych własności, ośrodków, lub przyrostu substancji. Większa wprawa psychiczna rodziców nie działa na przekazywanie zdolności, stosunkowo większe używanie mózgu nie gra roli w dziedziczeniu, tak jak to bywa z innymi narządami. W każdym bądź razie psyche nowego osobnika jest wynikiem odziedziczonych własności, które w przebiegu indywidualnego życia kształcą się w różnych kierunkach, lecz do których nic bezwzględnie nowego nie przybywa.

Upośledzenie psychiczne nie zależy od patologicznych zmian normalnego początkowo narządu, lecz świadczy o tem, iż dany mózg nie doszedł do stopnia rozwoju, właściwego danej rasie.

Upośledzenia zjawiają się najczęściej pod postacią psychicznego stanu dziecięcego i psychicznego eksaltyzmu. Właściwością pierwszego jest staranie się rzeczy zwykłe pokrywać welonem nadnaturalności, niedostateczne wnioskowanie, mistycyzm. Eksaltyzm cechuje się tem, że pewne poglądy lub przesądy tak opanowują psyche, iż tworzą oś życia duchowego danego osobnika. Uporczywie trzymają się one, pomimo że nie mają naturalnego poparcia i wytłumaczenia. Na tem tle rozwija się zwykle fanatyzm.

Dwie grupy powyższe nie ograniczają się jednak do dziedziny intellektu, lecz rozpościerając się również na wolę i uczuciowość.

Zarówno w psychicznym stanie dziecięcym, jak i w histerji znajdujemy to samo podłoże; do wystąpienia objawów choroby wystarcza nieraz bardzo nieznaczna przyczyna. Histerja nie jest brakiem siły woli, dążenie do pewnego celu bywa wtedy nieraz bardzo wytrwałem, lecz często cel ten jest niemożliwością, lub stoi w niezgodzie z wymaganiami życia praktycznego. Na pierwszy plan występuje żywa fantazja, sensacyjne sytuacje rze-

czywiste lub urojone. Ten najważniejszy objaw opiera się na typowym, psychicznym stanie dziecięcym.

Nr 16. H. SCHOTTMÜLLER i O. SCHUMM. Nachweis von Alkohol in der Spinalflüssigkeit von Säufern.

Autorowie znajdowali w płynie mózgowordzeniowym jad tężcowy, aceton (w cukromoczu); idąc dalej w kierunku powyższym, poszukiwali alkoholu u pijaków. Zazwyczaj u tego rodzaju chorych ciśnienie płynu mózgowordzeniowego bywało wzmożone, i udawało się wypuszczać po 100 ctm.³ bez szkodliwej reakcji ustroju. Większość chorych zabieg ten uspakajał a bóle głowy zmniejszały się. W dziesięciu przypadkach autorowie badali płyn na obecność alkoholu za pomocą próby jodoformowej. W 2-ch tylko przypadkach próba dała wynik ujemny, dotyczyły one alkoholizmu przewlekłego, gdzie niewiadomo było, czy chorzy bezpośrednio przed wstąpieniem do szpitala pijali dużo. W pozostałych 8-iu odczyn był bardzo wybitny. Slady alkoholu ginęły dopiero po upływie 5 dni od chwili zaprzestania picia; wynika ztąd, że u pijących stale alkohol omywa mózg. Autorowie zamierzają zbadać, czy w obłędzie opilczym nie następuje nagromadzanie się alkoholu w mózgu.

VITEK. Weitere Erfolge der internen Galvanisation der Mundhöhle bei der Neuralgie des N. Trigeminus.

Autor do ogłoszonych 3-ch przypadków wyleczenia neuralgji nerwu trójdzielnego dodaje jeszcze kilka nowych. Zmieniony dotychczasowy sposób galwanizowania zewnętrznego 2-ej i 3-iej gałązki nerwu polega na elektryzowaniu ich od strony jamy ustnej. Posiedzenie takie trwa od 10—15 minut, prąd stosuje się słaby (1,0—1,5 M. A.), w ustach znajdować się powinien biegun dodatni, przesuwa się go po najwięcej bolesnych miejscach. Prócz tego dołącza autor w neuralgji 2-iej gałązki galwanizację jej wyjścia u foramen infraorbitale a w neuralgji gałązki 3-iej wyjście u for. inframaxillare superius. Nawet w bardzo ciężkich przypadkach po kilku tygodniach następowało wyleczenie.

L. MUSKENS. Die Projektion der radialen und ulnaren Gefühlsfelder auf die postcentralen und parietalen Grosshirnwindungen.

Autor na zasadzie własnych operowanych przypadków i zestawienia piśmiennictwa dochodzi do wniosku, że zmiany czucia, zależne od mózgu, umiejscawiają się zwykle na obwodzie człon-

ków ciała. Zarówno jak przy projekcji połowy ciała na korę część odśrodkowa górnej kończyny przeważa co do zajmowanej powierzchni, tak samo niektóre rodzaje czucia silniej są od innych umiejscowione. Szczególniej zaznaczają się: uczucie dotyku, umiejscowienia, mięśniowe i przestrzenne.

W przypadkach zniesienia czucia wyłącznie ze strony promieniowej i łokciowej znajduje się uszkodzenia kory, idące w kierunku przednio-tylnym.

Czucie mięśniowe umiejscowione jest przeważnie w zakrętach ciemieniowych. Zaburzenia dotyku zdarzają się najczęściej w cierpieniach tylnych i przednich zakrętów środkowych.

Nad innemi polami przeważa powierzchnia czucia ręki. Bliżej linji środkowej znajduje się rzut części łokciowej, w pasie, kierującym się ku skroni—promieniowej.

Wogóle pola czuciowe zajmują większy obszar, niż ruchowe.

Uszkodzenia lewej półkuli mózgu częściej powodują wyłącznie porażenia czucia łokciowego lub promieniowego, ponieważ ręka prawa znajduje w korze mózgu więcej odnośnych rzutów (projekcji).

Dr. ARTURO BERETTA. Assymmetrie in der Zahnbildung und im Zentralnervensystem.

W 54% przypadków widzimy asymetrję w wyrzynaniu się zębów mlecznych; w 46% na korzyść prawej i 8% lewej strony. Często dzieci, którym pokazują się zęby najprzód z lewej strony są mańkutami. Podobnie, jak to ostatnie zjawisko, asymetrja zębowa zależy od ośrodków mózgowych. Zwykle przewaga bywa po prawej stronie ciała, ponieważ lewa półkula mózgowa rozwija się wcześniej i szybciej, a już u noworodków średnica lewych komórek zwojowych jest większa od prawych.

E. BING i R. STIERLIN. Beobachtungen über psychoneurotische Störungen infolge der Eisenbahnkatastrophe zu Müllheim i. B.

Na zasadzie badań chorych po katastrofie pod Müllheim autorowie doszli do przekonania, że w nerwicach urazowych najważniejszą rolę odgrywają trzy momenty: 1) psychologja t. z. nerwic lękowych, 2) zbiór objawów naczyniowo-nerwowych i 3) wpływ określonego odszkodowania.

Podstawą swoistego stanu nerwowego jest nie pojedyncze przymusowe wyobrażenie, lecz ogólne zaburzenie uczuć. Dopiero na tle tych ostatnich zmian powstaje przecenianie wyobrażenia.

Zmiany naczynionerwowe, które zjawiają się w następstwie katastrofy, jak wzmożona częstość i zmienność tętna, zakłócenia snu, wzmożone odruchy, dermografizm i t. p., są charakterystyczne w danem cierpieniu i do powstania ich nie

jest konieczną podstawa histero-neurasteniczna lub psychopatyczna konstytucja. Najcięższymi zawsze były stany, noszące wyraźne piętno nerwicy urazowej. Pomimo następującej z biegiem czasu poprawy długo pozostaje przygnębienie, utrzymują się zaburzenia snu oraz łatwe męczenie się. Dodatni wpływ okazuje określone i szybkie odszkodowanie, zwłaszcza o ile nie rozciąga się na długotrwałe renty, lecz załatwia jednorazowo.

Dr. PATSCHKE. Luminal bei Geisteskranken. Luminal jest uspakajającym i nasennym środkiem o tak indywidualnym sposobie działania, iż można go stosować tylko tytułem próby. Na osobników wrażliwych luminal w dawce 0,2—0,3 g. działa uspokajająco; 0,4 do 0,5 wywołuje sen. Jako niepożądane uboczne działanie występuje czasami przypominająca odrę wysypka, zawrót głowy oraz stan podniecenia. Należy się wystrzegać luminalu w stwardnieniu tętnic. Środek ten nie może współzawodniczyć z hyosciną.

J. Drac.

RASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI 1912.

1) BRAVETTA EUGENIO. Su alcuni metodi per la diagnosi della sifilïde nelle malattie nervose e mentali.

Autor zbadał surowicę krwi oraz płyn mózgordzeniowy 116 chorych, stosując metodę Wassermanna, Nogouki-Moora, Nonne-Apelta i Porges'a. W zniedołężnieniu porażnem, wiądzie rdzenia reakcje powyższe prawie zawsze wypadały dodatnio. W psychozach czynnościowych wyniki były po większej części ujemne. Najwięcej miarodajną okazała się próba Wassermanna. Reakcje Nogouki i Nonne są bardzo łatwe do zastosowania i dosyć pewne, mniej daleko autor polega na reakcji Porgesa.

2) GARDI ITALO i PRIGIONE FRANCBSCO. Ricerche sperimentali condotte col metodo dell'esaurimento frazionato del potere anticorpo degli antisieri al fine di dimostrare la esistenza di principii abnormi specifici nel siero di sangue dei malati di mente (Psicosi maniaco depressiva e demenza paralitica).

Autor zajął się wykazaniem swoistych przeciwciał w surowicy, otrzymanej przez uodpornianie królików surowicą, pochodzącą od chorych na obłęd maniakalno-depresyjny i porażenie postępujące. Stosował on metodę cząstkowego wyczerpywania swoistych własności przeciwciał surowic uodporniających. Obec-

ności swoistych nienormalnych ciał we krwi chorych autor nie wykrył.

3) Dr GARDI ITALO i PRIGIONE FRANCESCO. Ricerche sperimentali sul meccanismo e sul valore dell'azione antiemolitica esplitica dal siero di sangue degli alienati.

Przeciwhemolityczne działanie surowicy krwi umysłowo chorych zależy od ilości stosowanej surowicy i od stopnia rozcieńczenia. Istnieje „optimum" rozcieńczenia, przy którem ginie działanie przeciwhemolityczne. Ta właściwość surowicy może być naprawioną przez zastosowanie odpowiedniej ilości jednostek aleksyn. Działanie powyższe zależy prawdopodobnie od tak zwanego komplementoidu.

VINCENZO SCARPINI. Ricerche istologiche sui centri nervosi in un caso di demenza precoce catatonica (Con una tavola).

Autor zbadał mózg w przypadku klasycznym przedwczesnego otępienia; dotyczył on młodej dziewczyny, zmarłej wskutek gruźliczego zapalenia opłucny. Zmiany w korze mózgowej przypominały wyniki innych autorów. Rzadziej spotykane zmiany autor znalazł w jądrach mózgu u podstawy i w móżdżku. Szczególnie zaznaczała się neuronofagia; w móżdżku bardzo zmienione były komórki Purkinjego, spostrzeżono również zanik istoty białej i szarej. Autor chce upatrywać zależność od tych zmian i objawów klinicznych choroby.

G. BOSCHI, G. GATTI. Contributo alla terapia oppiacea.

Autorowie badali działanie pantoponu na 45 chorych; środek ten był podawany do wewnątrz lub podskórnie. Wyniki były bardzo zachęcające, daleko lepsze z powodu braku objawów ubocznych od innych przetworów opium. Stosowano środek w najrozmaitszych cierpieniach układu nerwowego zarówno organicznych jak i czynnościowych.

J. Drac.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNE.

POSIEDZDNIE DN. 2 MARCA 1912 r.

I. W. MĘCZKOWSKI przedstawił przypadek nowotworu móżdżku.

U 44 letn. zecera od 2 mies. wystąpiły skurcze, wykręcanie w prawej ręce, utrudniające pracę zawodową. Po 4 tygodniowej kuracji (masaż-elektryzacja) skurcze ustąpiły. Wkrótce jednak wystąpiło w tejże ręce drżenie. Jednocześnie prawie wystąpiło lekkie zacinanie się w mowie. Początek choroby przypadł na czas, kiedy chory miał różne zmartwienia, a przedewszystkiem obawiał się utraty pracy w drukarni z powodu wprowadzenia maszyn drukarskich. Zauważył przytem, że im więcej troskał się o swą przyszłość, tym silniej występowało drżenie. Dawniej zawsze był zdrów. Od wielu lat nadużywał alkoholu i tytuniu. Przy badaniu w szpitalu (koniec maja 1911 r.) znaleźliśmy: W narządach wewnętrznych zmian niema. W prawej ręce w stanie spokoju b. lekkie drżenie palców, które przy ruchach celowych znacznie się wzmaga, przyczem występuje zginanie i rozginanie w stawie napięstkowym i łokciowym, połączone niekiedy z rzutami całej kończyny, co zdarzało mi się spotykać, w postaci skurczów czynnościowych, u zecerów. Prócz tego badanie prądem wykazało zmiany jakościowe i ilościowe (skurcze powolne i odwrócenie formuły) w zakresie mięśni przedramienia prawego, zależnych od n. promieniowego prawego. Pozatem siła w prawej kończynie górnej nieco słabsza niż po stronie lewej. Wreszcie w mowie ujawniło się lekkie zacinanie. Pozatem w układzie nerwowym żadnych zmian nie znaleźliśmy. Specjalne zaś badanie dna oka żadnych zmian nie wykazało. Badanie krwi i płynu mózgordzeniowego również żadnych zmian nie wykazało.

Przekłucie lędźwiowe zniósł chory źle (przez kilka dni bóle głowy i wymioty). Wobec powyższych danych rozpoznaliśmy początkowo kombinację skurczu czynnościowego z objawami zatrucia ołowianego.

Po kuracji (masaż-elektryzacja i t. p.) w ciągu miesiąca nastąpiła wielka poprawa: drżenie w prawej kończynie górnej ustąpiło prawie zupełnie. Stan taki trwał przez miesiąc, poczem wystąpiło pogorszenie, przyczem obraz zaczął się rozszerzać. Wróciło drżenie w prawej ręce, wystąpił stopniowo wyraźny bezład w prawej nodze, lekki nystagmus, wreszcie lekki bezład w lewej kończynie górnej. Zresztą brak zmian w odruchach, brak objawu Babińskiego, brak zmian na dnie oka, jakoteż objawów ogólnych (bóle głowy, wymioty). W ciągu 3 tygodni przestał nieomal władać prawą nogą. W końcu sierpnia zauważono, że źrenice oddziaływają b. powolnie, prawa gorzej. Zacinanie się w mowie wciąż bez zmian. W końcu sierpnia wystąpił stan ogólnej prostracji, apatji, lecz znów bez zmian na dnie oczu, i w początkach września chory zmarł przy objawach zapalenia płuc. Badanie pośmiertne wykazało: zapalenie płuc, trzy nowotwory w trzustce (sarcoma) i nowotwór móżdżku, przeważnie prawej połowy. Nowotwór ten w przedniej części dochodzi do mostu i wodociągu Sylwjusza, a na całej swej przestrzeni uciska rdzeń przedłużony i czwartą komorę.

Przypadek powyższy godzien jest zaznaczenia i zapamiętania dla klinicysty, w czasie bowiem 3 miesięcznego pobytu w szpitalu nie było ani objawów ogólnych (bóle głowy, wymioty), ani zmian na dnie oka (tak stałych przy nowotworach móżdzku), ani objawów specjalnie móżdżkowych, ani wreszcie jakichkolwiek ogniskowych. Jedyny objaw—bezład kończyny górnej—początkowo był poczytywany za objaw cierpienia czynnościowego wobec innych objawów i ogólnego charakteru cierpienia. Przy objawie tym jednak nigdy nie należy zapominać o móżdżku: z osobistego doświadczenia uważam objaw ten prawie za stały. Lecz o ile po autopsji epikryza jest jasną (bezład prawych kończyn po stronie nowotworu, w końcowym okresie cierpienia porażenie prawych kończyn skutkiem ucisku rdzenia na drugostronne drogi ruchowe, odczyn zwyrodnienia w prawej kończynie górnej w zależności od obwodowego na tle zatrucia ołowianego cierpienia n. promieniowego), to za życia chorego przebieg kliniczny wykazywał wyjątkowo mało objawów.

(Streścił mówca).

Kopczyński zaznacza, iż kilkakrotnie widział chorego i porównywując obraz kliniczny z wynikami badania sekcyjnego, przychodzi do wiosku, że część objawów zależała od nowotworu móżdżku, część zaś (dyzartria, zmiany w psychice, zmiany w oddziaływaniu mięśni) była objawem t. zw. encephalopathia saturnina.

II. WURCELMAN przedstawił przypadek nowotworu podstawy mózgu.

Chory, lat 22, przybył na oddział nerwowy D-ra Bregmana z skargami na bóle głowy w okolicy czołowej, wymioty od ½ r. i ślepotę od 4 tyg. Przed 2 laty ulcus durum. Badanie wykazało obustronny zanik nerwów wzrokowych po tarczy zastoinowej, zupełną ślepotę, brak węchu z pr. str. nosa, zwolnienie czynności umysłowych, bolesność głowy w okolicy czo-

łowej i zwolnienie tętna; Wasserman dodatni. Podczas obserwacji szpitalnej wystąpił bezład móżdżkowy statyczny i bezład koń. d. i pr. k. g., sztywność karku, senność, zaburzenia psychiczne (głównie brak orjentacji) i dwa napady epileptyczne. Brak zaburzeń czucia, odruchów, porażeń mięśni ocznych i objawów akromegalji. Chory zmarł po 7 tyg. pobytu w szpitalu przy objawach śpiączki. Rozpoznano nowotwór pr.zrazu czołowego. Wprawdzie wczesne i wybitne objawy ogólno-uciskowe oraz bezład statyczny i bezład koń. zdawały się wskazywać na móżdżek, jednakowoż ze względu na ból i bolesność przy opukiwaniu pr. ½ czoła, wybitne zaburzenia psychiczne, napady epileptyczne, a głównie brak węchu z pr. str. umiejscowienie w zrazie czołowym było prawdopodobniejsze. Badanie pośmiertne wykazało nowotwór wychodzący z okolicy przysadki i ciągnący się od proksymalnej granicy mostu Varola pomiędzy zrazami skroniowymi do przodu i wgłębiający sie pomiędzy oba zrazy czołowe. Nowotwór ten w okolicy przysadki wypełniony był złogami wapiennymi, pomiędzy zrazami czołowymi tworzył dużą torbiel wypełnioną massą galaretowatą; pod drobnowidzem okazał się nadbłonkowcem płaskim.

(Streścił mówca).

G o l d f l a m zwraca uwagę na rozszerzenie trzeciej komory. Już samo to rozszerzenie może dać objawy podobne. Przy danem umiejscowieniu guza trudno jest sobie wytłomaczyć.

III. BREGMAN p r z e d s t a w i ł p r z y p a d e k n o w o t w o r u m ó ż d ż k u (pokaz preparatu).

Chory, lat 40, na 3 miesiące przed wstąpieniem do szpitala spadł z wozu, uderzył się w potylicę, nie stracił przytomności. Po 2 tygodniach pośliznął się i upadł. Od tego czasu osłabiony, nie może pracować; miewa bóle głowy we dnie i w nocy bez określonego umiejscowienia; wymioty; zawroty głowy, od 6 tygodni tak silne, że nie opuszcza łóżka; zawroty są największe, gdy leży na prawym boku, mniejsze, gdy leży na wznak, n a j m n i e j s z e n a l e w y m boku. Przez krótki czas podwójne widzenie, po gorszenie potem wzroku.

Badanie przedmiotowe wykazało: 1) obustronną tarczę zastoinową; 2) wybitny bezład statyczny, chory chodzi na szerokiej podstawie, chwieje się w początku zarówno na prawą jak na lewą stronę, później przeważnie padał na prawą stronę i wtył; 3) lekki bezład prawych kończyn i chory przy próbach „palec—nos" i „pięta—kolano" źle celuje; 4) zwiększone napięcie mięśni karkowych; 5) ograniczenie ruchów gałek ocznych w kierunkach bocznych; oczopląs przy patrzeniu na prawo; 6) niesymetryczne unerwienie twarzy, przyczem górna część twarzy jest słabiej unerwiona z lewej, dolna część z prawej strony. Język zbacza nieco na lewo; 7) zaburzenia przy łykaniu twardej strawy. Odruchy były umiarkowane. Oddawanie moczu prawidłowe. Czucie zachowane.

Rozpoznanie: tarcza zastoinowa, bóle i zawroty głowy, wymioty wskazywały na s p r a w ę u c i s k o w ą w e w n ą t r z c z a s z k o w ą. Na umiejscowienie jej w tylnej jamie czaszkowej, a spec alnie w m ó ż d ż k u,

wskazywały: b. wybitne objawy ogólno-uciskowe już we wczesnym okresie cierpienia, bezład statyczny i zawroty głowy we wczesnym okresie, bezład kończyn przy braku zaburzeń czucia; oczopląs i ograniczenie ruchów gałek ocznych; sztywność karku; zaburzenie łykania. Za zajęciem prawej połowy móżdżku przemawiały objawy następujące: 1) bezład prawych kończyn wraz z lekkiem osłabieniem ich (bez wzmożenia odruchów), 2) przeważająca skłonność do padania na prawo (Stewart), 3) oczopląs przy patrzeniu na prawo (Bruns). Porażenie n. mózgowych—objaw najpewniejszy, w tym przypadku nie dawało wyraźnych wskazówek; najważniejsze nerwy—trójdzielny, słuchowy, odwodzący—były nietknięte. Co się tyczy kwestji, czy należy przypuścić nowotwór lub ropień, to etjologja (uraz), wybitne objawy miejscowe, brak gorączki zgadzały się z jednem i drugiem przypuszczeniem; szybki rozwój objawów świadczył za ropniem, natomiast lekki stopień urazu bez powikłań mózgowych za nowotworem.

20/V dokonano trepanacji (kol. Sołowiejczyk); obnażono prawą półkulę móżdżku i część lewej. Wynik operacji ujemny. Chory zmarł w 6 tygodni później przy objawach wycieńczenia. Oględziny pośmiertne wykazały nowotwór (mięsak małokomórkowy) ponad grzbietową powierzchnią lewej półkuli móżdżku, blisko linji środkowej. Przypadek ten wskazuje jak zawodne są t. zw. bezpośrednie objawy móżdżkowe, gdy idzie o określenie, która półkula jest naruszona. Jedyny objaw, który tu wskazywał na lewą półkulę, był t. zw. objaw Szmidta — chory leżał najchętniej na lewym boku.

(Streścił mówca).

IV. H. HIGIER przedstawił: a) przypadek zapalenia istoty szarej (polioencephalomyelitis diffusa) mostu Varola i rdzenia w przebiegu porażenia Lanry'ego, powstałego na tle wodowstrętu.

Przypadek dotyczy młodej dziewczyny, u której w kilkanaście dni po pokąsaniu przez psa wystąpiło podczas leczenia szczepionką zakończone śmiercią porażenie występujące Landry'ego z brakiem wszystkich odruchów ścięgnowych, z bolesnością mięśni, napadami duszenia się i brakiem objawów zapalno-mózgowych i psychicznych. Badanie pośmiertne mózgu i rdzenia, innych narządów nie udało się otrzymać, nie wykazało nic prócz rozlanego, niezbyt dużego przekrwienia. Badanie drobnowidzowe rdzenia, móżdżku, mostu Varola, kory z okolicy zawoju ruchowego-czołowego, rogu Ammona i plexus chorioideus dokonane zostało metodą Nissl'a, częściowo też Mann'a, Giems'y i Bielschowsky'ego. Stwierdzono przedewszystkiem nacieczenie okołonaczyniowe głównie w substancji szarej rdzenia i mostu Varola, przyczem limfocyty i komórki plazmatyczne nietylko otaczają błonę zewnętrzną i przestrzeń perilimfatyczną naczyń, ale przenikają w głąb otaczającej tkanki. W substancji szarej lub białej mózgu i móżdżku tych nacieczeń nie znaleziono. W komórkach rdzenia i mostu, rzadziej kory móżdżku znać wyraźną chromatolizę, gdzieniegdzie banieczki (vacuolae) w bliskości jądra, zniekształ-

cenie i brak wyrostków protoplazmatycznych. Tu i owdzie nagromadzenie większej ilości komórek, wysepki komórek glejowych lub trabantów (Trabantzellen), niezależnych od obok leżących naczyń. Kępki te głównie rozsiane są w moście (nodules rabiques Babes'a). W wyrostku protoplazmatycznym komórek piramidowych kory tu i owdzie nagromadzone komórki glejowe o postaci pałeczkowatej (Stäbchenzellen), w innych miejscach wyraźnie neuronofagia. Zwyrodnienia plexus chorioidei nie znaleziono. Również nie stwierdzono obecności ciałek Negri'ego w swoistych dlań miejscach (w komórkach móżdżku Purkinje'go i rogu Ammona) przy barwieniu metodą Giems'y i metodą Mann'a.

Streszczając wyniki badania drobnowidzowego, stwierdzić należy obecność zmian naczyniowych, swoistych dla sprawy zapalnej (poliomyeloencephalitis diffusa), węzełków wodowstrętowych Babes'a, zwyrodnienia chromatolitycznego komórek zwojowych i bujania komórek glejowych i trabantowych. Nie obala bynajmniej rozpoznania lyssae humanae brak ciałek Negri'ego, uznawanych przez wielu autorów za pasorzyty wewnątrz komórek usadowione, przez innych — o wiele słuszniej—za skutek przenikania wewnątrz-komórkowego drobnych komórek trabantowych, podlegających tamże wstecznej przemianie. Babes w większości przypadków wodowstrętu notorycznego nie znajdywał ich, natomiast widywał je w dżumie kurzej i zatruciu arszenikiem. Również i jego nodules rabiques nie posiadają tego rozpoznawczego znaczenia, jakie im pierwotnie przypisywano. Wybitne nacieczenie okołonaczyniowe i obecność komórek plazmatycznych ma być charakterystycznem jedynie dla lyssa, trypanosomiasis i paralysis progressiva z tą różnicą (Alzheimer, Acheccaro, Spielmeyer), że w paraliżu postępującym komórki plazmatyczne otaczają jedynie naczynia, w śpiączce afrykańskiej zbierają się głównie w substancji mózgowej, a w wodowstręcie zajmują one—jak w demonstrowanym przypadku—pochwę wewnętrzną naczyń (adventitia) i otaczającą istotę nerwową.

Na zasadnicze pytanie, czy porażenie Landry'ego i jego podłoże anatomiczno-patologiczne— polienphalitis acuta— są w danym razie zależne od wodowstrętu, od szczepionki, czy też od przypadkowego zakażenia, daje odpowiedź szczepienie dokonane podoponowo zawiesiną rdzenia i mózgu zmarłej pacjentki trzem królikom. Wszystkie padły po 3 tygodniach od typowej lyssa paralytica. Winik ten jest tembardziej ważny, że po psie przybłędzie znikły wszystkie ślady, a anatomiczne badanie pośmiertne, jak dotychczas, nie jest w stanie rozstrzygać tej sprawy etjologicznej.

Że wodowstręt jest chorobą zakaźną, pasożytniczą, wierzy obecnie większość lekarzy, nawet ci, którzy nie uznają swoistości znalezionych ziarenkowców, neuroryctes, chlamydozoon, synnathoxoon, hydrophobiae i t. d. Ciekawą jest notatka historyczna, że lekarz Gottfried Zinke w r. 1804 już wywoływał doświadczalnie wodowstręt u psa, kury i królika, wcierając im w obnażoną skórę plwocinę wściekłego psa i zobojętniał jad, dodając do śliny fosfor lub arszenik.

(Streścił mówca).

Flatau podnosi niedokładność badań, zarzuca niezbadanie miejsca ukąszenia i nerwów obwodowych, brak serji preparatów zwłaszcza dotyczących t. zw. „noduli“, węzełków Babesa, które F. uważa za nacieczenia drobnokomórkowe, brak badań nad włókienkami (fibrili). Zestawiając to wszystko F. przychodzi do wniosku, że obraz anatomo-patologiczny, skreślony przez mówcę jest niejasny i nie przemawia ani za encephalo-myelitis, ani za porażeniem Landry'ego, ani za rabies.

Higier w dyskusji odpowiada, że nerwów obwodowych nie badał, gdyż sekcję wykonano w niezwykłych i ciężkich warunkach, otrzymawszy zezwolenie rodziny jedynie na oględziny układu ośrodkowego. W każdym razie to, co badanie pośmiertne wykazało, wystarcza aż nadto do ustalenia najbardziej ścisłego rozpoznania anatomo-patologicznego, wprawdzie nie na drodze makro—lecz mikroskopowej (metoda Nissla) umożliwionego. Dyagnoza brzmi: polioencephalomyelitis diffusa, zajmująca substancję szarą osi mózgo-rdzeniowej i oszczędzająca korę mózgu i móżdżku. Czy to cierpienie powstało na tle wodowstrętu, tego badanie drobnowidowe, zdaniem Higiera, nie może i nie będzie mogło rozstrzygać, o ile się nie wierzy w swoistość węzełków Babes'a, ciałek Negri'ego, zgrubienia neurofibrilarnego Cajal'a i dzielenia jąder Golgi'ego. Wszystkie ostre zakażenia (lyssa, tetanus, botalismus, trypanosomiasis) dają bardzo podobne do siebie obrazy anatomiczne, rozstrzygać winna w tych razach stronę etjologiczną jedynie pewna i przekonywająca próba biologiczna, a ta wypadła w danym razie dodatnio, gdyż na 5 królików, szczepionych podoponowo zawiesiną mózgu zmarłej pacjentki, 3 padło od typowej lyssa paralytica. Pozostałe jeszcze do badania szczegóły (stwierdzenie zgrubienia neurofibrilarnego metodą Bielschowsky'ego, opisanego przed rokiem przez Ramon Cajal'a, przeprowadzenie serji skrawków przez węzełki Babes'a), są w każdym razie natury drugorzędnej, które nie wiele już dorzucą światła do sprawy anatomo-patologicznej, w jej genetycznym związku z rozwojem i przebiegiem klinicznym oraz próbą biologiczną demonstrowanego przypadku dostatecznie wyświetlonej.

b) przedstawił metodę sekcyjną rdzenia, podaną przez Oschid'a. Zwykła metoda wyjmowania rdzenia z kręgosłupa przy autopsji jest dość pierwotna i zmudna. Zajmuje wiele czasu, zniekształca i kaleczy rdzeń, zaraża go łatwo w tych razach, gdy chodzi o niedotykanie się opon ręką, nożem, młotkiem, piłą i t. p. Metoda japończyka Oschid'a, którą Higier demonstruje, pozwala u niektórych zwierząt na usunięcie rdzenia w ciągu 2 minut bez nadcięć przypadkowych, bez kaleczenia i deformowania go i bez narażania na zanieczyszczanie i następczą infekcję. Rdzeń w ten sposób wyjęty jest pozbawiony opon i znakomicie nadaje się do badań drobnowidzowych a zwłaszcza do bakterjologicznych. Niektóre pracownie korzystają z tej ciekawej, większości lekarzy absolutnie nieznanej metody w celu otrzymania rdzenia dla fabrykacji szczepionek. Demonstracja na królikach. Po odpreparowaniu tylnobocznych mięśni kręgosłupa w końcach szyjowym i lędźwiowym przecina się

nożycami Krajuszkina kręgosłup z rdzeniem w tychże miejscach, unosząc jednocześnie i oddzielając go od otaczających miękkich części. Zakrywając oba końce wyjałowioną bibiłą, wprowadza się w otwór dolny otwartej jamy rdzenia lekko ruchami obrotowymi drut miedziany, owinięty u góry watą—drut długości 40 ctm. o średnicy № 9 skali Charrièr'a. Po chwili ukazuje się z górnego otworu płyn mózgordzeniowy, a za nim pływający w nim rdzeń, który się chwyta w przygotowaną wyjałowioną pętęlkę bawełnianą, ściska się i lekko w ciągu kilku sekund wyciąga. Rdzeń wychodzi przy tym szybkim zabiegu całkowity, wprawdzie bez opon, ale nie zanieczyszczony przypadkowymi drobnoustrojami.

Do badań ściśle lokalizacyjnych laboratoryjna ta metoda się nie nadaje. Z nowej metody japońskiej korzystają pracownie doświadczalne, w ostatnich latach niektóre instytuty Pasteura, między innemi instytut Warszawski pod kierunkiem Dra Palmirskiego.

(Streścił mówca).

F l a t a u zaznacza. iż podana metoda dla celów klinicznych u człowieka nie nadaje się. U królika korzenie łatwo się obrywają, u człowieka nie, u królika mało jest płynu mózgowordzeniowego. Metoda ta nie daje gwarancji zupełnej jałowości. Część krzyżowa rdzenia, tak ważna i trudna do wyjęcia, tu się niszczy, gdyż ją się mechanicznie wypycha. Uszkodzić łatwo różne części rdzenia i wywołać znane w literaturze i mylnie tłomaczone heterotopje.

H i g i e r w replice zaznacza, że podkreślał wyraźnie jedynie poważne laboratoryjne znaczenie metody japońskiej, o ile chodzi o badanie bakterjologiczne lub o badanie drobnowidzowe orjentacyjne bez wymagań ściśle lokalizacyjnych, niezbędnych czasem w klinice. Jałowość rdzeniów, w ten sposób usuniętych, została wielokrotnie dowiedzioną. Badanie bakterjologiczne płynu mózgordzeniowego nigdy nie zastąpi pośmiertnego badania samej istoty rdzenia na drobnoustroje, gdyż są choroby, jak np. wodowstręt, w których za życia zarazek znajduje się głównie w istocie białej, po śmierci w istocie szarej, a nigdy w płynie rdzenia. Niszczenie części krzyżowej rdzenia przy tej metodzie nie jest koniecznem o ile wypychanie rdzenia odbywa się powolnie, stopniowo, bez zbytniego pośpiechu. W każdym razie zasługuje na szczególną uwagę nieznana lekarzom metoda O s h i d y, demonstrowana przez lekarzy japońskich na wystawie drezdeńskiej, dla swej prostoty, szybkości i bezwzględnej czystości rękoczynu. Może być, że pewna modyfikacja jej da się zastosować i do kręgosłupa ludzkiego.

V. KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił p r e p a r a t a n a t o m i c z n y z p r z y p a d k u n o w o t w o r u r d z e n i a.

J. K. lat 49, woźny, w maju r. 1910 począł odczuwać drętwienie w palcach u nóg i stopniowo rozwijające się osłabienie władzy w kończynach dolnych. Przedtem był zdrów. Nieobarczony. Na syfilis w wywiadach wskazówek brak. Urazowi nie podlegał. Chory przebywał w kilku szpi-

talach, gdzie mu wstrzykiwano rtęć bezskutecznie. Od sierpnia r. 1911 bezwład zupełny. W dniu 1 listopada r. z. przybył do szpitala Ś-go Ducha gdzie stwierdzono: Osobnik wychudzony. Narządy wewnętrzne bez zmian. Czaszka, mózg, nerwy czaszkowe, kończyny górne bez zboczeń od normy. Porażenie zupełne kurczowe z przykurczeniami w kończynach dolnych. Objaw Babińskiego obustronny. Pomimo przykurczeń odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa i podeszwowe wyraźne. Odruchy brzuszne górne zachowane, dolne zniszczone. Czucie dotyku, ciepła, zimna, bólu zniesione od stóp do pachwin. Aczkolwiek przy ukłuciu nie odczuwa bólu, to jednak reaguje na ukłucie złożonemi ruchami w bezwładnych kończynach dolnych: nieco je zgina w udach i przyprowadza do siebie. To samo można wywołać dotknięciem, szarpnięciem, uszczypnięciem skóry np. na goleniach. Zmysł mięśniowy obustronnie zniesiony. Zaburzenia w urynowaniu i w oddawaniu stolca (retentio et incontinentia). Chory zmarł z objawami zakażenia krwi wskutek odleżyn. Sekcja (prof. Przewoski) wykazała na wysokości IX—XI odcinku grzbietowego rdzenia dwa nowotwory pod oponą twardą, przylegające do tylnej powierzchni rdzenia.— jeden wielkości małego orzecha włoskiego, drugi wielkości orzecha laskowego. Oba dawały się łatwo wyłuszczyć. Rdzeń na tej wysokości był zgnieciony i dochodził do grubości taśmy. Korzenie tylne biegły po guzie. Badanie mikroskopowe guza wykryło, iż mieliśmy do czynienia z dobrotliwym włókniakiem.

Na szczególną uwagę w powyższym przypadku zasługuje brak bólów w przebiegu choroby, który to objaw uważamy za stały w przebiegu nowotworów rdzenia.

Stanisław Kopczyński.

POSIEDZENIE DN. 16 MARCA 1912 r.

I. BORNSTEIN przedstawił: a) przypadek natręctwa myślowego.

14 letnia dziewczyna już jako dziecko 5-letnie wykazywała przez pewien czas objaw chorobliwej obawy: nie chciała mianowicie wchodzić do pokoju, gdzie na ścianie wisiały obrazki; trzeba było te obrazki zdejmować, wtedy dopiero decydowała się wejść. Była zawsze małomówną, zresztą zdrowa.

Na 4 miesiące przed przybyciem do szpitala, t. j. rok temu, matka zauważyła u chorej jakieś dziwaczne ruchy: chwytała się za nos, robiła dziwne ruchy ręką; wreszcie wystąpił objaw, polegający na stałem powtarzaniu jednych i tych samych wyrazów po wielokroć, przyczem wykonywała ruchy wahadłowe głową i odsiebne ruchy ręką. Kiedy ją pytano, dlaczego to robi, odpowiadała, że musi to robić, musi mówić bez przerwy, ażeby nikt nie mógł mówić, tylko ona, a inni ażeby ją słuchali i patrzyli się na nią, kiedy ona mowi.

Podczas ½ rocznego pobytu w szpitalu stan chorej nie uległ zmianie. Chora po większej części godzinami całemi mówi, powtarzając jedno zda-

nie lub kilka zdań treści obojętnej, czasami zasłyszane wyrazy wplatając w potok mowy swojej, częściej wysnuwając z siebie samoistnie to, co mówi. Nie pozwala sobie przerywać, podnieca się coraz bardziej, na twarzy czerwienieje, wargi ma wyschnięte i dalej mimo to mówi.

Mowa nie zawiera przeważnie żadnej treści, jest jej właściwie obojętne, co mówi, chodzi jej o sam fakt mówienia i powtarzania wielokrotnego jednych i tych samych wyrazów. Sama to stwierdza, że mówić musi i powtarzać, że na tem polega cała jej choroba i uznaje chorobliwość tego, ale nie może się powstrzymywać, bo wtedy jest jej jeszcze gorzej, a kiedy „odmówi"—to robi się jej lepiej. Podczas demonstracji chora wykazuje ten objaw w stopniu wybitnym.

Ze względu na brak wszelkich objawów ze strony sfery intelektualnej (chora doskonale się orjentuje co do otoczenia i czasu, ma zachowaną pamięć, czyta książki, o ile na razie jest wolną od mówienia i umie opowiedzieć treść i t. d.), dalej ze względu na krytyczny stosunek chorej samej do choroby, na odczuwanie wyraźnego wewnętrznego musu, który nakazuje jej „odmawiać i przemawiać", ażeby się uspokoić, należy w danym przypadku przypuścić specjalny rodzaj natręctwa, natręctwa mówienia i powtarzania, które samo w sobie stanowi treść natręctwa, bez względu na treść mówionych i powtarzanych wyrazów lub zdań.

(Streścił mówca).

W i z e l, wbrew twierdzeniu mówcy, rozpoznaje w danym przypadku nie psychastenię, lecz katatonię. Za katatonią przemawia cały szereg objawów, takich jak: negatywizm, stereotypia ruchowa, werbigeracja, echolalia, niekiedy mutismus, wreszcie nadzwyczajne ubóstwo myślowe pacjentki. W. widział chorą przed rokiem, jeszcze przed wstąpieniem do szpitala i stwierdzić może, że inteligencja jej uległa przez ten czas znacznemu upośledzeniu. I wówczas chora werbigerowała, ale wtenczas można było jeszcze wejść w kontakt psychiczny z chorą i mówić z nią o różnych rzeczach, dziś jest to zupełnie niemożliwe; wyraz twarzy chorej również ogromnie się zmienił, stał się wysoce tępym. Psychastenicy, mimo natręctw myślowych, nic ze swej inteligencji nie tracą, są dostępni i można z nimi dysputować. Z tą chorą rozmówić się niepodobna. W. jest zdania, że chora ta skończy z czasem na zupełne otępienie katatoniczne.

Ł a p i ń s k i, wobec mutismus w wywiadach, stereotypowego powtarzania zadawanych pytań i pewnego zmanierowania, rozpoznaje dem. praec. catatonides. Do natręctwa myślowego przypadku tego zaliczyć nie można, gdyż natręctwo myślowe ogranicza się zwykle jedną ideą lub kilkoma pokrewnemi sobie ideami; w danym zaś przypadku chodzi właściwie o natrętne powtarzanie zadawanych chorej pytań. Objaw ten zaliczyć można do tej samej kategorji, co i spotykana u katatoników skłonność zachowania położeń nadanych ich kończynom lub też stereotypowe wykonywanie zleconych ruchów.

P r ę g o w s k i zaznacza, że nie można tu mówić o natręctwie myślowem: chora często powtarza zwroty a zwłaszcza wyrazy, będące połączeniem dźwięków bez znaczenia, bez myśli: skoro zaś niema myśli, to nie

można też być jej natręctwa; z drugiej strony chora powtarza różnorodne zwroty i wyrazy, częstokroć świeżo zasłyszane; nie posiada zaś jakiejś lub jakichś określonych myśli, któreby ją stale opanowywały i któreby mogły być wskazane, jak to jest charakterystycznem dla powszechnie przyjętego pojęcia natręctwa myślowego.

Knoff rozpoznałby raczej katatonję. W natręctwie bowiem chory walczy z natręctwem, czego u danej chorej nie widać.

Higier zwraca uwagę na perjodyczność w przebiegu, na wahania z okresami podniecenia i przygnębienia, zapytując, czy się prelegent liczył z tym momentem przy stawianiu rozpoznania, gdyż natrectwo myślowe przebiegać może w postaci manischdepressives Irresein lub hebefrenji z okresani zmiennego nastroju.

Bornstein w odpowiedzi Wizlowi zaznacza, że nie rozpoznaje tu katatonji mimo stereotypowego powtarzania jednych i tych samych zwrotów z następujących przyczyn: 1) chora zdaje sobie sprawę z wewnętrznego musu, jaki ją popycha do powtarzania wielokrotnego jednych i tych samych zdań i cierpi z tego powodu, zdaje sobie sprawę z chorobliwości tego objawu; 2) stereotypowość niewątpliwie istnieje, ale ma ona inny charakter, niż w katatonji, przedewszystkiem tłomaczy się to tem, że chorej się zdaje, jak to niejednokrotnie zaznaczała, jakoby jeszcze niedostatecznie dokładnie wypowiedziała dany wyraz lub zdanie, a więc należy powtórzyć jeszcze raz i jeszcze raz, ażeby wszyscy dokładnie słyszeli, że ona musi mówić; 3) echolalja istnieje w stopniu słabym, chora przeważnie mówi to, co sama uważa za musowe, od czasu do czasu wtrącając tylko wyraz zasłyszany; 4) porozumieć się z chorą nie można tylko wtedy, kiedy chora znajduje się w ferworze powtarzania, pozatem, kiedy „atak" taki mija, chora na pytania odpowiada; 5) przez cały czas choroby nie było można stwierdzić ani omamów, ani objawów negatywizmu psychomotorycznego. Pręgowskiemu Born. odpowiada, że natręctwo polega w tym przypadku na natrętnem mówieniu i powtarzaniu (Redezwang und Wiederholungszwang) bez względu na treść mówionego, jest to istotnie raczej natręctwo ruchowe, aniżeli myślowe, chodzi tu o sam proces mówienia, odczuwany, jako coś natrętnego („ja muszę mówić, przemawiać"). Higierowi B. przyznaje słuszność, że można myśleć tu w tym przypadku raczej o kombinacji natręctwa z elementami manjakalno-depresyjnemi.

Wizel powtórnie zaznacza, iż nie mówiąc o innych faktach, przeciwko psychastenji przemawia nader silnie echolalja. Echolalia, tak częsta w katatonji, nigdy nie daje się spostrzegać w psychastenji.

b) przypadek rozlanego cierpienia mózgowego z objawami psychicznemi.

Chora, lat 56, ma wygląd znacznie starszy. 2 lata temu posmutniała, miewała silne bóle głowy; zaczęła wykazywać objawy psychotyczne, mówiła wiele, ale naopak, po nocach nie sypiała. Od roku nastąpiło pogorszenie: chora mówi dużo, ale niezrozumiale, powtarza cudze wyrazy zasłyszane, albo śpiewa zasłyszaną melodję.

Przy bliższem badaniu okazuje się, że na ogólnem tle otępienia wyła-

niają się dwa główne zespoły objawów ogniskowych, chociaż chora, co należy podkreślić, nigdy nie ulegała żadnemu atakowi apoplektycznemu. 1) Chora wykazuje wyraźną głuchotę na słowa, t. j. nie rozumie tego przeważnie, czego się od niej chce, natomiast powtarza oddzielne wyrazy i zdania dobrze i mówi sama dość dużo, ale przekręca często wyrazy (pozakorowa niemota czuciowa z parafazją); 2) chora wykazuje agnozję w dziedzinie zmysłu wzroku t. zw. ślepotę duchową.

Badanie somatyczne nie wykazuje żadnych objawów ogniskowych (porażeń, znieczuleń). Odruchy ścięgnowe średnio żywe, z obu stron jednakowe, źrenice dobrze reagują na światło, dno oka normalne.

Objawu tego nie udało się zademonstrować ze względu na stan podniecenia chorej i jej niedostępność. Przypadek ten może być uważany za zwykłe otępienie starcze ze względu na ten fakt głównie, że istnieją tu objawy ogniskowe. Te ostatnie powstały jednak nie na zwykłej drodze napadu apoplektycznego, jak w arteriosklerozie mózgu, ale stopniowo. Z tych względów zaliczyć należy przypadek ten do szeregu przypadków, opisanych przez Pick'a, Mingazzini'ego, Strasky'ego i innych pod nazwą: ograniczonego zaniku mózgowia w wieku starszym (circumscripte senile Hirnatrophie). Należy tu jeszcze wziąść pod uwagę t. zw. chorobę Alzheimera, zwłaszcza że mamy do czynienia z wiekiem przedstarczym (lat 56). Możliwem jest, że w wielu przypadkach o typie, opisanym przez Picka, przy badaniu mikroskopowem metodami współczesnemi okazałyby się właśnie zmiany w włókienkach komórkowych, charakterystyczne, jak wiadomo, dla choroby Alzheimera, oraz t. zw. druzy, charakterystyczne dla otępienia starczego, z tą tylko różnicą, że umiejscowienie tych zmian byłoby inne, niż w typowem otępieniu starczem.

(Streścił mówca).

H i g i e r zaznacza, iż przedewszystkiem uderza to, że chora dotknięta jest typową afazją sensorjalną, połączoną z perseweracją i że pod wpływem emocji czasem rozumie to, co w spokoju pozostaje dla niej niezrozumiałem i że podczas afektu odpowiada na pytania, których pozornie nie rozumiała. Czy chora cierpi również na ślepotę duchową, czego B. nie pokazał a rozpoznaje, H i g i e r uważa za wątpliwe. Brak bowiem u chorych dotkniętych jednocześnie głuchotą wyrazową i ślepotą duchową stanu podniecenia, jaki uderza u demonstrowanej chorej; cechują ich raczej—jak tego już dowodził przed laty W e r n i c k e – spokój nadmierny, brak woli i inicjatywy, panuje pewne zmniejszenie spontaniczności i pobudliwości dowolnych czynów (S p o n t a n e i t ä t und E r w e c k b a r k e i t). Ten stan duchowy, przypominający głębokie przytępienie i depresję, jest nawet apriorystycznie zrozumiały i uzasadniony, gdyż ze strony dwóch ośrodków, najpoważniejszą w życiu intelektualnem odgrywających rolę, przypływają do świadomości podniety niezupełne, niezasymilowane. Pod koniec Higier zapytuje B. co do metodyki badania ślepoty duchowej i afazji optycznej u pacjentki, badanie bowiem tych czynności wzrokowych u chorych, dotkniętych głuchotą duchową lub nawet afazją zmysłową, należy do rzeczy bardzo trudnych, częstokroć nie wykonalnych.

Przeszkadza w tych razach bardzo wiele niezrozumienie pytań przez chorych i ich parafazja z perseweracją.

Co się tyczy przypuszczalnego tła i siedliska anatomo-patologicznego, to Higier wahałby się rozpoznać u osoby 56-letniej zanik pierwotny kory Pick'a (z gliozą okołonaczyniową) lub chorobę Alzheimera (senium praecox). Klinika i anatomja patologiczna tych chorób znajduje się jeszcze in statu nascendi. Rozpoznanie w tych razach jest po większej części wątpliwe i niepewne.

Sterling zaznacza, że naskutek podniecenia chwilowego chorej demonstracja nie uwidoczniła wyraźnie składowych części zespołu psychotycznego, nie wystąpiły tu wyraźnie ani objawy afazji ani objawy apraktyczne, w najogólniejszym zarysie mamy tu do czynienia z wyodrębnioną przez Liepmann'a agnozją dyzjunkcyjną. Co się tyczy rozpoznania klinicznego — to trudno tu wypowiedzieć się ze stanowczością: oprócz ograniczonego zaniku Pick'a i t. zw. choroby Alzheimera należy tu uwzględnić i wyodrębnioną przez Alzheimera „gliozę dookołanaczyniową.“ W jednym rozpoznawanym za życia jako „ograniczony zanik mózgowy Pick'a“ przypadku, badanie pośmiertne (kol. Simchowicz) wykryło typowe dla t. zw. choroby Alzheimer'a zmiany. Nie jest wyłączone, że następne badanie wykaże indentyczność tych dwóch postaci chorobowych, których pokrewieństwo kliniczne jest niezaprzeczalne. W przypadku przedstawionym proponuje St. dokonać Neisser'owskiego przekłucia mózgowego, gdyż badanie mikroskopowe płynu (jak to uczynił za życia w jednym przypadku porażenia postępującego) może rozstrzygnąć o rozpoznaniu.

Bornstein odpowiada Higierowi, że ze względu na chwilowe podniecenie chorej niemożliwem jest zademonstrowanie ślepoty duchowej, o której istnieniu B. przekonał się jednak niewątpliwie i wielokrotnie. Chora omija przeszkody, chód nie robi wrażenia chodu ślepca, ale nie rozpoznaje przedmiotów, nie znajduje drzwi, okna, nie widzi lekarza i pyta czy jest jeszcze w pokoju, chociaż lekarz stoi tuż przy niej, a jeżeli podchodzi na zawołanie, to kieruje się najwidoczniej tem, zkąd głos pochodzi. Niepodobna stawiać tu rozpoznania pewnego, ale dziś można się już ważyć na rozpoznanie choroby Alzheimera lub ograniczonego zaniku mózgu Pieka.

II JAROSZYŃSKI przedstawił przypadek histerji u 10 let. chłopca.

Chłopiec l. 10, pochodzi z prostej rodziny wieśniaczej, dość zdrowej (brat chory „na głowę,“ ciotka ma napady padaczkowe, których jednak chory nie widział). Dość rozumny, rozwinięty, nauczył się czytać i pisać, interesuje się otoczeniem. Był zupełnie zdrów, aż do ostatnich czasów, dopiero dwa miesiące temu, gdy brat starszy wyjechał do wojska, chłopiec zaczął głośno płakać i płakał kilka dni bez przerwy, poczem uspokoił się. Po tygodniu miał iść do szkoły (kończyły się święta), poszedł raz jeden, poczem powiedział, że więcej nie pójdzie i znów zaczął płakać. Gdy go po-

prowadzono siłą, wpadł w podniecenie, „krzyczał na całą wieś“ i opierał się; w szkole narobił takiego hałasu, że musiano go zabrać do domu. Gdy pytano go, dlaczego się nie chce uczyć, nie chciał mówić i ciągle płakał. Ojciec kilka razy wybił go rózgą, wieczorem tego dnia chłopiec dostał drgawek: „skręcało mu nogi i ręce i rzucało na łóżku,“ przyczem przytomności nie tracił, piana z ust nie pokazywała się, języka nie przygryzał. Gdy w dalszym ciągu chciano, aby chodził do szkoły, wówczas rzucało nim coraz bardziej. W dwa tygodnie później zachorował na gardło, podobno gorączkował; kilka razy był u doktora, ale nic nie pomagało; gdy za namową znachora dano mu „suchą wannę,“ puszczając parę na głowę, wówczas zaniemówił i nie mówił aż do czasu obserwacji. Prócz tego w ostatnim tygodniu począł wydawać różne okrzyki przez wciąganie powietrza do płuc i wymawianie „O;“ okrzyki te wydawał co kilka sekund w ciągu całego dnia, w nocy uspokajał się. Ojciec raz słyszał, że chory przez sen mówił coś do siebie; również brat zauważył, że chłopiec raz przeczytał pocichu napis na książce. Dawniej, przed chorobą, miał zawsze charakter uparty, chciał wszystko postawić na swojem; gdy sprzeciwiano mu się, płakał, tupał nogami i t. d.

Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian organicznych w układzie nerwowym. Chory nie mówi, jednak wszystko rozumie; gdy pytać go o szkołę, dlaczego się nie chce uczyć, wówczas płacze. Pod wpływem elektryzacji dostał napadu drgawek, polegających na silnem zaciskaniu pięści, zginaniu rąk w stawach łokciowych i nóg w kolanach, poczem na podrzucaniach kończyn do tułowia. Chory ustawicznie wydaje okrzyki, jakby głośno oddychał. Gdy oświadczono mu, że zapisze się go do szpitala, zaczął płakać i znowu dostał podrzucania.

Gdy nazajutrz chłopca prowadzono do szpitala, nagle zaczął mówić i przestał wydawać okrzyki. W szpitalu był kilka dni, żadnego napadu drgawek nie było i mówił, że jest zdrów i chciał wracać do domu. Gdy pytano go o powód, dlaczego nie chciał chodzić do szkoły, zrazu nie chciał nic powiedzieć, poczem dopiero po usilnych naleganiach i obietnicy szybkiego wypisania ze szpitala, przyznał się, że nie chciał się uczyć po rosyjsku i rodzicom nie chciał tego powiedzieć, bo bał się, że „coś z tego będzie;“ śniło mu się w nocy, że będzie księdzem, i dlatego nie chciał do szkoły rosyjskiej chodzić.

Przypadek ten jest interesujący ze względu na młody wiek, w którym rozwinęły się objawy niemoty histerycznej i drgawki wraz z okrzykami pod wpływem wadliwego postępowania otoczenia (nieumiejętność zwalczania uporu, bicie rózgami). W powstaniu choroby odegrało nad to rolę ukrywanie przez chłopca tajemnicy (niechęć do lekcji rosyjskiego), mianowicie tłumienie jej (Verdrängung w pojęciu Freud'a) z obawy przed nieszczęściem którego obawiał się z tego powodu. Choroba stała się dla niego wyjściem z konfliktu życiowego i zarazem sposobem walki z otoczeniem.

(Streścił mówca).

III. STERLING przedstawił przypadek „chromania przestankowego“ w obrębie tętnic mózgowych i obwodowych z objawami niezwykłych synkinezji.

Przypadek niniejszy dotyczy 66-letniego chorego, u którego bez żadnych objawów zwiastunnych, bez utraty przytomności i bez zaburzeń mowy wystąpiło w nocy nagle prawie zupełne porażenie prawej kończyny górnej, które do następnego rana przeszło bez śladu. Po 2 dniach zaczęła powtórnie słabnąć prawa kończyna górna, tym razem już stopniowo i powoli, głównie w dystalnym odcinku, po tygodniu zaś w zupełnie analogiczny sposób zaczęła słabnąć i lewa kończyna górna, tak że obecnie chory prawą kończyną górną prawie zupełnie nie może się posługiwać, w lewej zaś upośledzone są głównie subtelne ruchy palcami. Stopień osłabienia kończyn górnych według chorego ulega znacznym wahaniom, bywają chwile, kiedy nie może wykonać niemi prawie żadnego ruchu. W kończynach dolnych żadnego osłabienia chory nie zauważył. Przytomności nigdy nie tracił, natomiast w ostatnich tygodniach zdarzało się kilkakrotnie, że chory na pewien czas zupełnie tracił mowę przy zachowanem rozumieniu tego, co do niego mówiono. Od kilku lat miewa podczas chodzenia bóle, to w prawej to w lewej łydce, które chwytają go w sposób zupełnie typowy, musi przystanąć na chwilę—i wtedy ból przechodzi. Pamięć ani inteligencja nie uległy żadnym zmianom. W wywiadach bardzo nieznaczny alkoholizm oraz bardzo wybitny nikotynizm (palił od 14-go roku życia po 20—30 papierosów dziennie).

Badanie przedmiotowe: Brak zmian w narządach wewnętrznych. Mocz bez białka i cukru. Obie tętnice promieniowe tętnią niezmiernie słabo. W prawej a. pediea tętnienie jest minimalne, w lewej zupełnie nie wyczuwa się tętnienia. Grubsze pnie naczyniowe tętnią wyraźnie. Źrenice równe, reakcja na światło jest obszerna, ale rozkurcz jest powolny. Lewa fałda nosowargowa jest głębiej zaznaczona niż prawa, brak jednocześnie wyraźnej asymetrji podczas ruchów. Język przy wysuwaniu zbacza nieco w prawą stronę. Artykulacja i fonacja jest normalna. Mowa nie wykazuje cech afatycznych. Wybitne osłabienie prawej górnej i znacznie mniejsze lewej górnej kończyny o wyraźnie dystalnym typie. Kończyny dolne nie wykazują absolutnie żadnego upośledzenia siły mięśniowej. Wybitna adiadokokinezja prawostronna objawowa. Odruchy ścięgnowe prawostronne (okostnowe z promienia, kolanowe) żywsze niż lewostronne, prawostronny clonus pedis. Obustronnie flexio plantaris. Odruchy brzuszny i mosznowy z prawej strony słabsze niż z lewej. Wszystkie rodzaje czucia (łącznie z mięśniowem i stereognostycznem) dokładnie zachowane. Chód bez zmian. Obraz oftalmoskopowy normalny. Psychika nie wykazuje absolutnie żadnego upośledzenia.

Badanie na t. zw. „petits signes“ hemiplegiczne dało następujące wyniki: brak objawów: Heilbronnera, Bechterew'a-Marie'go, Souques'a t. zw. „flexion de la cuisse sur le trone” Babińskiego, Raimist'a, Klippl'a i Weil'a. Objaw Hoover'a słabo zaznaczony, objaw Cacciapuotti'ego bardzo wybitny. Prócz tego

istnieje objaw z kategorji synkinezji, który dotychczas nie był opisany: jeżeli w pozycji leżącej chorego na grzbiecie odprowadzić biernie ad maximum obie kończyny dolne w udach i kazać lewą kończynę dolną doprowadzać do prawej, jednocześnie stawiając opór temu ruchowi, jak się to czyni przy badaniu objawu Raimist'a, wtedy objaw Raimist'a wypada ujemnie, czyli prawa kończyna nie doprowadza się biernie do lewej, natomiast jako objaw stały występuje doprowadzanie prawego ramienia do klatki piersiowej. Objaw ten występuje również i wtedy, jeżeli po odprowadzeniu biernem lewej kończyny górnej od klatki piersiowej kazać ją choremu doprowadzać silnie do klatki piersiowej, jednocześnie stawiając ruchowi temu opór.

Podczas trzytygodniowego pobytu w szpitalu chory kilkakrotnie przeszedł napady absolutnej afazji ruchowej, za każdym razem bez utraty przytomności i bez objawów afazji czuciowej. Napady te, zawsze obserwowane przez lekarza, trwały od kilkunastu minut do godziny i dłużej. Podczas jednego z tych napadów afazja była tak kompletna, że chory przez pół godziny nie mógł wymówić ani jednego wyrazu, jednocześnie wystąpiło absolutne porażenie przedtem osłabionej prawej kończyny górnej, które po 1½ godzinie wyrównało się do stopnia poprzedniego osłabienia, afazja zaś minęła zupełnie dopiero po kilku godzinach.

Symetryczne jakkolwiek niejednakowego natężenia porażanie obu kończyn górnych w przypadku niniejszym bez jakichkolwiek porażeń kończyn dolnych nasuwa znaczne trudności rozpoznawcze—przeważnie lokalizacyjne. Brak jakichkolwiek objawów zajęcia pierwszego neuronu wyłącza sprawę rdzeniową oraz obwodową. Objawy synkinetyczne w prawej kończynie dolnej oraz wzmożone odruchy ścięgnowe z prawej strony wskazują, że i prawa kończyna wykazuje niektóre ekwiwalenty hemiparetyczne. Rozstrzygającem jednakże pod względem umiejscowienia jest napadowe nasilanie się porażenia prawej kończyny górnej w połączeniu z afazją ruchową, co stanowczo przemawia za lokalizacją mózgową. Ponieważ zaś osłabienie lewej kończyny górnej co do swego typu i rozwoju jest identyczne, należy więc przypuścić, że szczególnym zbiegiem okoliczności powstały tu symetryczne ogniska mózgowe, co należy do znacznych rzadkości (Schafer). Naczyniowy charakter tej sprawy wobec objawów wyraźnie ogniskowych oraz napadowego nasilania się niektórych z nich nie ulega żadnej wątpliwości. Natomiast pomimo 7-go dziesiątka chorego sądzić należy, że zmiany naczyniowe, powodujące ów zespół kliniczny, nie są charakteru miażdżycowego, lecz powstały na tle t. zw. endarteritis obliterans. Przemawia za tem brak jakichkolwiek zaburzeń psychicznych pomimo przypuszczalnych obustronnych ognisk mózgowych, wybitny nikotynizm w wywiadach, brak tętnienia w niektórych naczyniach obwodowych oraz objawy chromania przestankowego w kończynach dolnych, co w połączeniu z napadowo występującą afazją ruchową czyni z przypadku niniejszego rzadką kombinację kliniczna objawów chromania przestankowego w obrębie naczyń mózgowych i obwodowych.

(Streścił mówca).

IV. WURCELMAN przedstawił przypadek twardzieli skóry.

Stanisław Kopczyński.

POSIEDZENIE DN. 20 KWIETNIA 1912 r.

I. KRUKOWSKI przedstawił przypadek wiądu i przymiotu rdzenia (z od. D-ra Bregmana).

38-io letni mężczyzna; przed 16-u miesiącami osłabienie wzroku i zaburzenia w urynowaniu. Od 6-ciu miesięcy postępujące osłabienie dolnych kończyn; prawa kończyna więcej dotknięta niż lewa. Przed 12 tu laty przymiot, niedostatecznie leczony. Ma dwoje dzieci, żona nie roniła. Przedmiotowo: prawa źrenica szersza od lewej, owalna; lewa normalna. Objaw Argyll-Robertsona. Zanik prosty obu nerwów wzrokowych. Lewem okiem liczy palce w odległości metra, na prawem zachowane tylko uczucie światła. Górne kończyny pod względem ruchowym normalne. Dolnemi kończynami wykonywa wszystkie ruchy z wysiłkiem i w niedostatecznym zakresie; niedowład prawej kończyny wybitniejszy niż lewej. Napięcie mięśniowe b. wzmożone.

Obustronny clonus patellae et pedis. Obustronny Babiński. Chód niedowładowo-kurczowy. Próbę palcowo-nosową i pięto kolanową wykonywą prawidłowo.

Zaburzenia czucia typu Brown-Séquard'a: na lewej kończynie dolnej i tułowiu z l. strony do linji sutkowej zmniejszenie czucia bólowego i cieplikowego, na pr. str. czucie zachowane.

Wassermann ze krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego dodatni. W płynie mózgowo-rdzeniowym limfocytoza.

Rozpoznanie: zanik prosty nerwów wzrokowych, objaw Argyl-Robertsona, zaburzenia w urynowaniu wskazywały na wiąd rdzenia. Objawy rdzeniowe, jak to bywa często w przypadkach z posuniętym zanikiem nerwów wzrokowych, były słabo rozwinięte. Dopiero po roku w sposób ostry rozwinęły się objawy cierpienia rdzeniowego o umiejscowieniu poprzecznem z zajęciem głównie pr. połowy rdzenia. Objawy te nie mogą być położone na karb wiądu, lecz sprowadzić się dadzą do swoistego zapalenia rdzenia w części grzbietowej (Myelitis luetica).

(Streścił mówca).

Sterling zaznacza, że ani zanik nerwów wzrokowych ani objawy źrenicowe nie są wystarczające dla rozpoznania wiądu rdzenia, gdyż zdarzać się one mogą i w przymiocie. Również fakt, że już po rozwinięciu się zaniku nerwów wzrokowych wiądowego wystąpiły przedmiotowe objawy rdzeniowe—przemawiałby raczej przeciwko rozpoznaniu wiądu rdzenia, gdyż, jak utrzymują francuzi, zanik nerwów ocznych poniekąd zabezpiecza od dalszego rozwoju cierpienia.

Gajkiewicz przechyla się za rozpoznaniem syfilisu mózgo-rdzeniowego.

Kopczyński nie zgadza się ze Sterlingiem, cytującym autorów francuskich, jakoby wystąpienie u chorego zaniku nerwów ocznych chroniło go od dalszego rozwoju wiądu rdzenia.

Doświadczenie osobiste K. oparte na kilkuset własnych spostrzeżeżeniach, dotyczących chorych z wiądem rdzenia (z nich 150 zostało opisanych w specjalnej pracy) przekonały go, iż obok zaniku nerwów ocznych rozwijają się u takich chorych inne nieraz bardzo ciężkie i przykre objawy wiądu rdzenia.

Endelman, zaznaczając, iż chory niemal utracił wzrok, podnosi, że w podobnych przypadkach nie możemy mówić o objawie Argyll-Robertsona.

Bornstein wypowiada mniemanie, że w danym przypadku niema dostatecznych racji do przyjęcia rozpoznania wiądu rdzenia i że dwa objawy, mianowicie zanik tarczy wzrokowej i Argyll-Robertson, mogą być również uwarunkowane przez kiłę mózgową. Co dotyczy reakcji Wassermana, to jednak brak jej w płynie mózgowo-rdzeniowym nie przemawia absolutnie przeciw rozpoznaniu sprawy metaluetycznej. B. obserwuje obecnie na oddziałe przypadek bezwładu postępującego ze słabym odczynem Wassermana w surowicy krwi i z ujemnym odczynem w płynie mózgowo-rdzeniowym.

II. ZIENKIEWICZ przedstawił przypadek nowotworu kręgosłupa.

M. K. 27 lat, żona stolarza, z powodu bólów od 3 miesięcy w prawej kończynie dolnej przybyła 15/II 1912 do szpitala na ul. Złotej (oddział D-ra W. Męczkowskiego). Przy badaniu znaleziono jedynie objaw Lasêgue'a prawostronny. Pomimo energicznych zabiegów bóle nie zmniejszały się. Po 2 tygodniach zniknął odruch z prawego ścięgna Achillesa, w tymże czasie wystąpiły bóle w lewej kończynie dolnej. Po 2 tygodniach zniknął lewy odruch ze ścięgna Achillesa. Badanie czucia wykazało obniżenie czucia bólowego subjektywne w prawej kończynie dolnej (n. cutaneus femoris post. i n. peronaeus).

Rentgenogram wykazał występ kostny 5 kręgu lędźwiowego po stronie lewej (sprawa osteoplastyczna).

Wassermann z krwi i płynu mózgo-rdzeniowego ujemny. Odczyn Pirquet'a ujemny.

Rozpoznanie: nowotwór (osteoma, osteosarcoma) 5 kręgu lędźwiowego.

III, KOPCZYŃSKI STAN. przedstawił chorą po dwukrotnej trepanacji dekompresyjnej.

Chora, lat 34, w październiku 1910 r. bez wszelkich przyczyn zaczęła doznawać stopniowo potęgujących się bólów głowy, nudności, wymiotów i osłabienia wzroku. W czerwcu okulista (dr. Matusewiczówna) stwierdziła bardzo wybitną zastoinę obu tarcz ocznych, leniwe oddziaływanie źrenic, wybitne osłabienie siły widzenia (chora liczyła palce z odległości metra). Objawów miejscowych niemal żadnych nie znaleziono. Rozpoznanie wahało się pomiędzy meningitis serosa ventriculoru

i nowotworem mózgowia bez ścisłej lokalizacji. Dokonano (Borzymowski) trepanacji paljatywnej w okolicy ciemieniowo-potylicowej, gdzie wyjęto kawałek kości i po ścięciu brzegów znowu go przyłożono. Objawy ogólnomózgowe z wyjątkiem ocznych zupełnie ustąpiły. Obrzęk zaczął przechodzić w zanik tarcz. We wrześniu chora zgłosiła się znowu, skarżąc się na osłabienie wzroku. Przedmiotowo: stwierdzono (Cetnarowicz) zanik w następstwie obrzęku tarcz, jednak różnica poziomów tarcz do otaczającej siatkówki wynosiła w obu obzach 1 D (¼ mm). Liczy palce z odległości ½ metra lewem okiem, a całego metra prawem okiem. Wobec lekkiego osłabienia czucia stereognostycznego w prawej kończynie górnej zdecydowano się dokonać trepanacji z lewej strony, w okolicy ciemieniowo potylicowej, lecz wyjętego kawałka nie wstawiono ponownie. Po trepanacji rozwinął się przejściowy niedowład prawostronny, z dyzartrją, parafazją, co po paru tygodniach z wyjątkiem parafazji i częściowej amnezji wyrazowej minęło, natomiast rozwijać się poczęła przepuklina mózgu i dziś po 8 miesiącach od chwili operacji przepuklina ta, a raczej m e n i n g o e n c e p h a l o c e l e doszło do rozmiarów główki nowonarodzonego, prześwieca, chełbocze. Chora na bóle głowy nie cierpi wcale, co się tyczy siły widzenia, to obu oczami z odległości ½ metra zaledwie rozpoznaje ruch palców. Z innych zaburzeń mózgowych stwierdzić można zaburzenia zmysłu stereognostycznego w prawej ręce, w której istnieje lekki niedowład, a wszystkie rodzaje czucia są zachowane.

Z powodu przedstawionego przypadku mówca porusza sprawę stosowania trepanacji dekompresyjnej i uważa ją za wskazaną zwłaszcza w przypadkach przypuszczalnego ostrego wodogłowia, które może minąć, a spowodowana przez nie ślepota pozostaje nazawsze. Operacja, dokonana wcześnie, ratuje wzrok choremu. W danym przypadku chora zbyt późno skierowana została do chirurga, ztąd mały efekt operacji. — Ścianki przepukliny składają się prawdopodobnie ze skóry czaszki, opony twardej i części istoty mózgowej. Z powodu owej przepukliny grozić może życiu chorej niebezpieczeństwo. Istotnie chora wskutek ucisku na przepuklinę i zaburzeń w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego miewa napady drgawek. Wkrótce dokonana będzie operacja w celu zmniejszenia guza[1]).

Mówca zwraca też uwagę na to, iż brak wszelkich zaburzeń czucia przy zniesieniu zmysłu stereognostycznego zdaje się przemawiać za tem, iż zmysł stereognostyczny jest jedynie wytworem asocjacyjnym czuć poszczególnych.

(Streścił mówca).

---

[1]) Uwaga. W tydzień po pokazie chorej dokonano wypuszczenia z torbieli płynu mózgowo-rdzeniowego i wycięcia z niej płata skórnego. Ściany torbieli istotnie składała skóra, opona twarda i bardzo cienka warstwa istoty mózgu; jama torbieli łączyła się z komorą boczną. Po ściągnięciu torbieli jamy komory bocznej połączyła się z tkanką podskórną.

Flatau zaznacza, iż obecnie zauważyć można falę wsteczną co do stosowania zabiegów operacyjnych na mózgowiu. Podnosi to między innymi i dawny gorący zwolennik metody operacyjnej w nowotworach mózgu Oppenheim.

Bychowski chciałby wiedzieć, jakie były powody, że trepanację drugą wykonano na lewej półkuli a nie na miejscu pierwszej, co i pod względem technicznym przedstawiało mniej trudności, tembardziej że przy pierwszej trepanacji kości nie usunięto. Co się tyczy kwestji, czy należy płat kostny zostawić czy też nie, to B., studjując odnośną literaturę, kazuistykę kliniczną i badania doświadczalne, przychodzi do wniosku, że sprawa ta ciągle jeszcze jest przedmiotem dyskusji najwięcej doświadczonych chirurgów i że najczęściej właśnie kość zupełnie usuwają. Następnie B. pyta się prelegenta, dlaczego nie sprobowano tu przekłucia spoidła według Antona i Bramana. Jest to zabieg względnie nie ciężki, który właśnie w meningitis serora daje nieraz zdumiewające wyniki.

Sterling nie zgadza się ze zdaniem mówcy, jakoby zaburzenia czucia stereognostycznego w danym przypadku przy zachowaniu innych kategorji czucia przemawiały za tem, że czucie stereognostyczne jest kombinacją innych kategorji czucia, spostrzeżenie to przemawia raczej przeciwko takiemu przypuszczeniu—i daje się zakwalifikować jako t. zw. „Tastlähmung“ Wernicke'go.

Bregman choć nie należy do gorących zwolenników trepanacji paljatywnej, jednakże uważa ją za usprawiedliwioną tam, gdzie cierpienia chorego (bóle głowy i t. d.) są b. wielkie i gdzie utrata wzroku szybko postępuje. Wynik trepanacji uważać można za względnie pomyślny, jeśli chora pozbyła się bólów głowy i jeśli resztki wzroku, które dla niej mieć mogą jeszcze pewne znaczenie, zostały uratowane.

Pozostawianie płata kostnego wydaje się mówcy mało celowem, ponieważ w miarę zrastania się kości wynik trepanacji zostaje zniweczony: w przypadku niedawno operowanym (z pozostawieniem płata kostnego) bóle głowy ustały w ciągu 2—3 tygodni, potem zaś powróciły z dawną siłą.

Higier sądzi również, iż trepanację powtórną wykonać raczej należało w miejscu poprzedniej, t. j. po stronie prawej, aby uniknąć możliwych powikłań. Duża hernia cerebri po operacji zazwyczaj przemawia za dalszą obecnością wzmożonego ciśnienia wewnątrzmózgowego.

IV. FLATAU i STERLING przedstawili przypadek tężyczki z objawami myotonicznymi.

Chora 21-letnia, panna, pochodzi z rodziny nieobarczonej pod względem nerwowym, w dzieciństwie rozwijała się normalnie. Niniejsza choroba rozpoczęła się podobno 3 miesiące temu: mianowicie wystąpiły wtedy bolesne kurcze w kończynach górnych i dolnych oraz wkrótce potem napady „duszenia się“, podczas których chora wydawała chrapiące i gdakające dźwięki. W ostatnich tygodniach wystąpiły w kończynach górnych objawy kurczowe innego typu: mianowicie zauważyła chora, że gdy ujęła w dłoń prawą lub lewą jakiś przedmiot, to nie mogła przez pewien czas

pomimo wysiłków rozewrzeć dłoni. Obecna choroba wystąpiła bez żadnej widocznej przyczyny, specjalnie żadnej choroby żołądkowej ani zatrucia nie udaje się wykryć w wywiadach.

Przedmiotowo: Chora średniego wzrostu, upośledzonego odżywiania. Skóra bardzo blada, koloru ziarnistego, pokryta lepkim potem. Obie kończyny górne prawie stale znajdują się w pozycji nienormalnej: są mianowicie rozgięte w stawach łokciowych, zgięte prawie pod kątem prostym w stawach napiąstkowych, palce znajdują się najczęściej w pozycji t. zw. „main d'accoucheur" z tą tylko różnicą, że duży palec nie jest całkowicie podwinięty pod pozostałe, lecz rozgięty tak silnie w ostatniej falandze, że tworzy ona z przedostatnią kąt prawie prosty. Nie zawsze jednak palce dłoni przybierają układ tak typowy, czasem tylko duży palec doprowadza się do V-go, zaś środkowe przybierają układ wachlarzowaty. Napięcie mięśniowe we wszystkich grupach mięśniowych jest wybitnie wzmożone. M-i deltoidei zarysowują się bardzo plastycznie i wydają się obustronnie nadmiernie rozwinięte. Układ obu kończyn dolnych również nie jest normalny: są one stale rozgięte w kolanach, zaś stopy nieprzerwanie znajdują się w pozycji pes equinus, zlekka varus, a palce są maksymalnie zgięte ku dołowi. Napięcie mięśniowe w kończynach dolnych jest ogromnie wzmożone, tak że biernie tylko udaje się doprowadzić stopę do normalnej pozycji. Mięśnie przedniej powierzchni goleni (m. tibialis anticus) wykazują niewątpliwy przerost. Chód niezmiernie utrudniony. Chora chodzi niepewnie, bardzo sztywno, na końcach palców; chód przypomina chodzenie akrobatów po linie. Odruchów ścięgnowych ani z kończyn górnych ani z kończyn dolnych z powodu niezmiernie wzmożonego napięcia mięśniowego zupełnie nie udaje się wywołać, podeszwowe normalne, brzuszne bardzo słabe.

Od czasu do czasu—kilka a nawet kilkanaście razy dziennie—występują napady skurczu krtani z charakterystycznym stridor inspiratorius. Chora podczas napadu wydaje głuche gdakające i piejące dźwięki i cała sinieje na twarzy — napady takie trwają po kilkanaście minut i dłużej; występują nie zupełnie samoistnie, ale bodźce zewnętrzne np. prąd elektryczny—stosowany nawet w odległych od krtani okolicach — wyraźnie sprzyjają ich powstawaniu. Podczas napadu skurczu krtani istnieją pewne zaburzenia połykania, polegające na tem, że chora krztusi się nietylko twardym kąsem, ale i nieznaczną ilością płynu, które jednakże szybko i dobrze przechodzą przez przełyk do żołądka. Napady te występowały z szczególną uporczywością również i w nocy, tak że chora przez długi czas prawie zupełnie nie sypiała — i dopiero chloral przyniósł jej znaczną ulgę.

Objaw Trousseau bardzo wybitny, objaw Hofmanna zaznaczony, objaw Chvostk'a sen, ujemny, objaw Erba wyraźny, objaw Chvostk'a jun. (nadwrażliwość nerwów zmysłów na prąd elektryczny) — ujemny, objaw Bechterew'a (wzmaganie się pobudliwości elektrycznej w miarę badania prądem)—ujemny. Objaw Schlesinger'a

z powodu stałego ustawienia kończyn dolnych w pozycji equino-varus—niemożliwy do żbadania.

Prócz opisanych wyżej objawów o charakterze wyraźnie tężyczkowym, które w kończynach donych trwają stale, zaś w górnych występują napadowo, stwierdzić się dają u chorej naszej objawy kurczowe zupełnie odrębnego typu. Jeżeli chorej kazać mianowicie uścisnąć dłoń lekarza lub ująć silnie w dłoń jakikolwiek przedmiot, wtedy następuje tak silny skurcz mięśni, unieruchamiający dłoń w owym ruchu chwytnym, że chora nie tylko samoistnie nie może wyprostować palców, ale i biernie drugą dłonią nie może tego wykonać. Skurcz taki trwać może kilka minut (6-7-10), nigdy jednak mniej niż 2 minuty, występuje on przy każdem bez wyjątku intencyjnem zaciśnieniu dłoni—jednakowo wybitnie z prawej jak i z lewej strony. Szereg bezpośrednio wykonanych po sobie intencyjnych zaciśnień dłoni zupełnie nie wpływa na zmniejszenie się objawów myotonicznych, każdy następny skurcz nie ustępuje w natężeniu poprzedzającemu — i wogóle nie dawało się nigdy spostrzegać zamiarowego zaciśnięcia dłoni bez objawów myotonicznych. Podkreślić należy, że objawy myotoniczne w mięśniach dłoni i palców występują podczas badania zupełnie po za napadami tężyczkowymi w dłoniach i że układ dłoni podczas skurczu mytonicznego, przypominający dłoń zaciśniętą w pięść, jest zupełnie odmienny od układu dłoni podczas napadu tężyczkowego („main d' accoucheur "). Zaznaczyć trzeba, że pomimo bardzo skrupulatnych poszukiwań w tym kierunku — w żadnych innych grupach mięśniowych ani twarzy ani tułowia ani kończyn nie udało się wykryć objawów myotonicznych. Natomiast badanie laryngoskopowe wykryło je w mięśniach krtani (kol. Lubliner): mianowicie przy fonacji po zejściu się stron głosowych do środkowej linji pozycja taka trwa przez czas dłuższy (kilka minut) za nim struny się rozejdą. Badanie za pomocą elektryczności wykryło wybitny odczyn myotoniczny w m. thenar, hypothenar. Prócz tego przy zastosowaniu silnych prądów galwanicznych (20—30 M. A. katoda na kark, anoda na dłoń) stwierdzono bardzo wybitne falowania mięśniowe w mięśniach ramienia i przedramienia (objaw Erb'a); znaczene tego ostatniego objawu jednakże osłabia ta okoliczność, że analogiczne falowania mięśniowe—jakkolwiek w nieco słabszym stopniu—można u chorej naszej obserwować w mięśniach kończyn górnych, pasa barkowego oraz tylnej powierzchni tułowia również i po za wszelkiem drażnieniem prądem elektrycznym.

Rozpoznanie tężyczki w przypadku niniejszym wobec typowego układu dłoni, skurczu krtani, objawu Trousseau i Erb'a nie wymaga dłuższego uzasadnienia. Na uwagę zasługuje tu brak wyraźnej etjologij (specjalnie brak jakiegokolwiek wyraźnego zatrucia i choroby żołądkowej) napady skurczu krtani, które poza wiekiem dziecięcym należą do rzadkośei, oraz kurczowe ustawienie goleni i stóp w pozycji szpotawo-końskiej, które nie występuje tu, jak to zazwyczaj bywa w tężyczce, napadowo, ale jest tutaj stałe.

Co się tyczy drugiej kategorji napadów kurczowych o charakterze wyraźnie myotonicznym w połączeniu z charakterystyczną reakcją my-

otoniczną, to nasuwają one pytanie, czy w przypadku niniejszym nie mamy do czynienia z powikłaniem tężyczki choroba Thomsen'a, jak to np. miało miejsce w przypadku Jastrowitz'a. Wobec tego jednakże, że objawy te nie były wrodzone, że brak tu jakichkolwiek danych dziedzicznych, i że rozwinęły się one w przebiegu tężyczki, uznać należy je nie za myotonję istotna, lecz za objawową. Przypadki tego rodzaju myotonji objawowej spostrzegano między innemi w syringomyelji. W tężyczce po raz pierwszy opisał je Schultze, jako kurcze zamiarowe (Intentionskrämpfe) i następnie Frankl Hochwarth, Kasparek, Hoffmann, Voss, u nas Orzechowski.

(Streścił mówca).

Bregman spostrzegał objawy myotoniczne w różnych cierpieniach: w przypadku, w którym rozpoznanie wahało się między chorobą Friedreicha a postępującą dystrofją mięśni, w przypadku rozległych kurczów tonicznych i klinicznych i wreszcie niedawno w padaczce. We wszystkich tych przypadkach, również jak w przedstawionym przypadku tężyczki, nie było mowy o powikłaniu myotonią.

Bychowski zwraca uwagę, że w w Warszawie przechodzimy obecnie prawdopodobnie niewielką endemję tężyczki. W tym miesiącu widział 2 przypadki, jeden u dziecka, drugi u dorosłej osoby, pracującej przy wyrobie bucików. Od jednego pedjatry B. dowiedział się, że też widział w ostatnich czasach kilka przypadków tężyczki.

Kopczyński przypomina o pracach Orzechowskiego nad powikłaniem tężyczki myotonją.

V. HIGIER — przedstawił dwa przypadki bezwładu połowiczego w przebiegu duru brzusznego.

Higier zwraca uwagę na wstępie, że bezwład połowiczy w przebiegu duru brzusznego, jak już przed laty dowodzili Nothnagel, Benedict i Westphal, należy do bardzo rzadkich powikłań. I u nas i w Galicji, gdzie dur brzuszny jeszcze należy do dość częstych chorób, poważni praktycy interniści latami całemi nie spotykają się z porażeniem połowiczem u tyfusowych. H. miał sposobność obserwowania w ciągu miesiąca dwóch chorych z tem rzadkiem powikłaniem. Demonstrując jedynie młodszą pacjentkę, która się zgłosiła na posiedzenie, przeprowadza paralelę między przebiegiem u jednej i drugiej chorej, różniących się wiekiem o 20 blisko lat.

10-letnia dziewczyna przechodziła dur jednocześnie z matką. U jednej i drugiej tyfus był bardzo cieżki, dając aż trzy nawroty, trwające 6, 9 i 4 tygodnie. Podczas drugiego nawrotu nastąpił bezwład prawostronny. Początek był nagły, utrata przytomności częściowa trwała kilka tygodni. Tygodniami porażenie kończyny górnej i twarzy było zupełne, afazja ruchowa i zmysłowa też. Serce było nie zajęte. Obecnie po upływie 7 miesięcy porażenie twarzy jest minimalne, niedowład nogi nieznaczny. Pozostało jedynie porażenie mięśni przedramienia i kości. Odruchy są żywe, clonus pedis i Babiński. Zaników mięśni i kości niema, zaburzeń opuszkowych

też niema. Rozumienie mowy wróciło zupełnie, mowa dowolna i powtarzanie słów robią ostatnio po 6 miesięcznym zastoju ogromne i szybkie postępy.

Przypuszczać należy, że w przebiegu duru powstają bezwłady natury encefalitycznej, zakrzepowej i zatorowej. Nagły początek obok braku wyraźnych zmian w sercu przemawia w danym przypadku za zatorem, który się zapewne wytworzył na obwodzie z zakrzepu naczyniowego. To samo miało miejsce i w drugim przypadku.

B y c h o w s k i nie sądzi, żeby połowicze porażenie po durze brzusznym należało do wyjątkowych rzadkości. Sam kilka takich przypadków spostrzegał.

G a j k i e w i c z jest tegoż zdania.

VI. JAROSZYŃSKI przedstawił d w a p r z y p a d k i p s y c h o n e r w i c w w i e k u s z k o l n y m.

a) p r z y p a d e k h i s t e r j i.

Chora l. 10 (obserw. z polecenia D-ra S. Kopczyńskiego) pochodzi z rodziny niezbyt obarczonej; dziadek miewał konwulsje, matka b. wrażliwa. W roku zeszłym dziewczynka widziała konwulsje u przechodzącej żebraczki. Wogóle była zdrowa, chodziła do szkoły, uczyła się dobrze. Choroba zaczęła się 2½ mies. temu bólem głowy, zawrotami. uczuciem zimna w plecach. Wkrótce potem zaczęły się ataki, w których chora zamykała oczy i siedziała kilka minut bez ruchu; potem chora opowiadała matce, że wówczas przychodził do niej „czarny pan“, który ściskał ją za ręce i kazał liczyć do 30—50 i t. d.; gdy przeliczyła do żądanej cyfry, wówczas ten pan odchodził i wtedy już mogła otworzyć oczy. Po kilku dniach, w ciągu których takie ataki powtarzały się kilkanaście razy na dzień, chora opowiadała, że ten pan przynosił worki z solą i kładł je na ramiona, kazał trzymać kamienie w ręku i t. p. Matka widziała wówczas, że dziewczynka jęczała, jakby uginała się pod jakimś ciężarem i dopiero później dowiadywała się o powodzie tego. Po kilku tygodniach takich ataków o charakterze somnambulicznym u chorej powstały napady „rzucania się“ całem ciałem, wykręcania kończynami.

W tym okresie chora została przyjęta do szpitala przy ul. Złotej. Okazało się, że napady drgawek poddają się wpływowi suggestji; można je dowolnie za pomocą elektryzacji wywołać i w każdej chwili zatrzymać. U chorej można było nadto wywołać sen hipnotyczny i w ten sposób za pomocą suggestji usunięto zupełnie napady. Przy analizie psychologicznej wydobyto u chorej zeznanie, że 3 mies. przed powstaniem choroby dostała „po łapach“ od nauczyciela, co zataiła przed matką ze wstydu, czy obawy (w domu nie było jej nigdy). Matka w tym czasie słyszała nieraz, jak dziewczynka jęczała w nocy, często płakała i nie mówiła dla czego; wogóle w ostatnich czasach była przygnębiona, małomówna. Mimo to jeszcze była względnie zdrowa, chodziła do szkoły. Dopiero, gdy raz w jej obecności ojciec wybił niesprawiedliwie braciszka, — rozwinęły się objawy chorobowe: bóle głowy, napady somnambuliczne.

Przypadek jest interesujący ze względu na młody wiek chorej, u któ-

rej napady somnambuliczne stały się symbolicznym wyrazem urazu stłumionego w podświadomości, mian. postępku nauczyciela; niechęć do szkoły wskutek otrzymania kary cielesnej zobrazowana została w postaci przymusowego liczenia, nakazywanego przez „czarnego pana“, w postaci dźwigania ciężkich przedmiotów i t. d. Objaw choroby powstał tu zatem, zgodnie z teorją Freud'a, jako wyraz tłumienia (Verdrängung) i symbolizacji. Przypadek ten potwierdza również i teorję Babińskiego, gdyż objawy u chorej były wywoływalne i usuwalne za pomocą suggestji. Historja tej chorej dziewczynki daje nadto przyczynek do kwestji wychowania szkolnego; w szkole bowiem nieraz zamało się zwraca uwagi na jednostki wrażliwe, które pod wpływem niewłaściwego i zbyt surowego postępowania dochodzą do choroby, a niekiedy i do samobójstwa.

b) przypadek skrupułów chorobliwych.

Chłopiec l. 16 (obserwowany z polecenia D-ra Malewskiego), dziedzicznie w małym stopniu obarczony (ojciec gwałtowny). Wogóle był zdrów, uczył się nieźle i w ostatnim roku szkolnym było mu trochę trudniej, z powodu czego ojciec często go karał i strofował. Chłopiec bardzo się tem, jak opowiada matka, przejmował i raz, gdy ojciec na niego krzyknął niesprawiedliwie, dostał rodzaju „ataku“: nie mógł mówić, cały trząsł się, spazmatycznie płakał. Niezadługo potem z powodu askarid lekarz nakazał kilkodniową dyetę – chłopiec absolutnie nic nie jadł i to go bardzo osłabiło. W kilka dni potem były rekolekcje i spowiedź, po której rozwinęła się choroba. Mianowicie chłopiec na drugi dzień po spowiedzi nie poszedł do komunii, a chciał się kilka razy „poprawiać“ u spowiednika i od tego czasu ciągle się pytał otaczających co do każdej prawie czynności, czy nie popełnia grzechu. Odtąd nie chodzi do szkoły (około 5 tygodni).

Treść skrupułów grzeszności była u chłopca bardzo rozmaita. Tak np., gdy siadał, uważał, aby się nie opierać na łokciu, gdyż przez to niszczy się ubranie. Gdy szedł po pokoju, uważał, aby omijać chodnik, gdyż ten niepotrzebnie się niszczy. Gdy na ulicy były miejsca mokre, skrzętnie je omijał, aby się nie zamoczyło i nie niszczyło obuwie. Kilka razy dziennie czyścił kamasze; ubranie, aby nie było kurzu. Na stole wszystko ciągle przestawiał i układał, aby „równo i porządnie leżało“. W pokoju rozgląda się, gdzie jest święty obrazek, aby do niego tyłem nie stać i przez to nie grzeszyć. Podczas pisania kilka razy czyści stalówkę, aby długo nie była zamoczona, gdyż przez to się psuje; uważa również, aby pióro nie dotknęło się do dna kałamarza, gdyż przez to się tępi. Raz matki zapytał, jak lepiej złożyć chustkę do nosa, ażeby było najlepiej i ażeby się najmniej niszczyła. Przed każdą potrawą się żegnał i zapomnienie uważał za grzech. Często na zapytanie odpowiada: „zdaje się“, dodaje to na wszelki wypadek, aby nie skłamać, gdyby się okazało, że tak nie jest (np. na zapytanie „czy głowa cię boli?“—odpowiada: „zdaje się, że boli“.). Gdy stoi blizko ściany, wystrzega się, aby nie oddychać na ścianę, gdyż wskutek „chuchania ściana wilgotnieje i niszczy się, a rozmyślne nisz-

czenie jest grzechem". Gdy grał w warcaby, ostrożnie stawiał pionki, nie suwając po desce, bo wtedy się niszczą; gdy to robi grający współtowarzysz, wówczas poczytuje to sobie za grzech, gdyż przyczynia się do popełnienia grzechu przez innych. Gdy przestawia krzesło, uważa, aby stawiać odrazu czterema nogami, gdyż inaczej rysuje się podłoga (pokazano to na demonstracji, jak również kazano choremu posunąć kamaszem po podłodze, czego nie wykonał, „gdyż psuje się podłoga"). Gdy leżał na łóżku, uważał, aby nie gnieść poduszki, kołdry, pościeli; z tego powodu nie chciał sypiać na kanapie, gdyż „to kanapa nie mamusi, a wuja, a na niej od spania przygniatają się fałdy." Gdy otwiera drzwi, dotyka się klamki przez ubranie, aby na niej nie zostawał pot, który może być szkodliwy dla innych osób. Sypia zawsze na jednym boku, zwrócony twarzą do ściany, aby nie być tyłem do obrazka, wiszącego nad łóżkiem. Gdy myśli o różnych osobach, dodaje zawsze „pan", aby i w myśli być dla wszystkich grzecznym; w ostatnich czasach dodawał „pan", gdy myślał i o przedmiotach nieżyjących, np.: „pani Wisła". Wogóle nieraz się długo zastanawiał nad swojemi myślami, czy myśli, nikogo nie obrażając i nie grzesząc; często też miewa wątpliwości, czy „w myślach nie kłamie przed samym sobą." wskutek czego samo myślenie jest dla niego męczącem.

Inteligencja chorego zachowana zupełnie. Co do swych skrupułów zachował krytycyzm; wie, że są chorobliwe, że się „zanadto tem przyjmuje",—z drugiej strony zaznacza, że chwilami „męczy go niepewność", czy dany fakt jest grzechem, czy nie, że z jednej strony wie, że wszyscy tak samo robią i nie uważają tego za grzech, ale z drugiej strony obawia się, że może to właśnie jest grzechem i t. p. — Przed 2 laty chory onanizował się i zaprzestał pod wpływem religji i obawy grzechu.

Jar. przypomina, że już raz demonstrował podobny przypadek skrupułów chorobliwych, dotyczących grzeszności co do kwestji płciowej[1]). Przypadek ten, w którym tłumiona pod wpływem religijnym płciowość nadała siłę natręctwa wyobrażeniom o treści seksualnej, — w dalszym przebiegu zakończył się pomyślnie pod wpływem leczenia ogólnego. Podobne leczenie wraz z psychoterapią zastosowano i w danym przypadku—który stanowi znamienny przyczynek do sprawy wadliwego wychowania, ujemnie wpływającego na jednostkę wrażliwą. Zasługuje też na uwagę fakt zaznaczenia przez chłopca psychicznego stanu „niepewności", którego doświadczał w chwili przejmowania się skrupułami; stan ten charakteryzuje też myśli natrętne i wogóle psychikę psychastenika, który ciągle wątpi i nie jest pewien, czy fakt, dla niego ważny, będzie miał miejsce, czy też nie („niepewność"—franc. „le doute").

Higier nie sądzi, aby przypadki w rodzaju tego z uczennicą, zademonstrowaną przez kol. J., nadawały się istotnie do ustalenia lub nawet potwierdzenia tak poważnych teoryj histerji jak Janeta i tak głęboko pomyślanych, acz nieprawdopodobnych hypotez powstawania psychone-

[1]) „Przyczynek do psychoanalizy idei natrętnych". Neurol. Pol. T. I. Z. I.

wroz, jaką jest psychoanalityczna Freuda. Brak dowodów, że istotnie pierwszy uraz fizyczny był przyczyną nerwicy, brak dowodu, że drugi uraz moralny wywołał z uśpienia wspomnienia podświadome, dotyczący pierwszego urazu, brak dowodów, że zgodzenie się na problematyczne wnioski prelegenta ułatwi zrozumienie całej sprawy, zwłaszcza powstawanie całego szeregu wrzekomych urojeń i omamów. Higier wierzy w psychopochodne powstawanie nerwicy, przypisuje atoli większą wagę ostatniemu urazowi, który podziałał bezpośrednio na umysł dziecka.

Jaroszyński odpowiada Higierowi, że w I przyp. fakt dostania „po łapach" przez nauczyciela mógł stać się istotnie „urazem" dla dziewczynki wrażliwej, która nigdy nie była ukarana przez rodziców; podobne fakty stawały się nieraz powodem do odebrania sobie życia. Co do teorji Freud'a, to przypadek ten potwierdza ją tylko w części, gdyż uraz tu nie był treści seksualnej; w myśl Freud'a, działało tu tylko „stłumienie" (Verdrängung) tego urazu przez chorą. Sprawa „stłumienia" jest, zdaniem mówcy, pomysłem jednym z najbardziej wartościowych u Freuda'a i znajdującym najwięcej potwierdzenia w praktyce.

St. Kopczyński.

WRAŻENIA PSYCHJATRYCZNE Z WYCIECZKI PO SZPITALACH DLA UMYSŁOWO CHORYCH AUSTRJI, NIEMIEC, ANGLJI I SZKOCJI.

podał

Dr Med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Latem r. b. podjąłem wycieczkę po zakładach dla umysłowo chorych z pewnym dokładnie określonym celem.

Magistrat Warszawski projektuje wzniesienie w okolicach Warszawy wielkiego szpitala, kolonji na 1000 chorych dla potrzeb miasta. Wysadzona w tym celu komisja pod przewodnictwem inż. Edw. Natansona opracowała szkic ogólny i kosztorys projektu, który uzyskał zatwierdzenie władz magistrackich, poparcie władz ministerjalnych, które zgodziły się na wyasygnowanie sum potrzebnych na wydatki przedwstępne; zasady projektu poddane zostały dyskusji w Towarzystwach: Lekarskiem i Hygienicznem (sekcja szpitalna), wszystko zdaje się przemawiać zatem, że ta paląca potrzeba zaradzenia choć w części przynajmniej brakowi miejsc dla umysłowo chorych w Warszawie znajdzie nareszcie rozwiązanie.

Jestem członkiem Komisji; skorzystałem z wakacji, ażeby uzupełnić swe doświadczenie pod względem postępów szpitalnictwa psychjatrycznego i podjąłem wycieczkę, mając dokładny cel na oku i obraz gotowy w zarysie przyszłego szpitala. Zwiedzałem tylko te szpitale, których poznanie z tego właśnie punktu widzenia było dla mnie pożądane t. j. tylko najnowsze, większe, krajowe lub miejskie, przeznaczone dla umysłowo chorych wszelkich kategorji.

Zacząłem od K o b i e r z y n a, nowego szpitala krajowego dla Zachodniej Galicji, wznoszonego obecnie pod Krakowem, jeszcze nie skończonego ostatecznie, ale już gotowego w głównym zarysie, którego otwarcia należy oczekiwać w lipcu 1913 r.

Szpital leży w odległości dziesięciu kilometrów od Krakowa, za rogatką Zwierzyniecką, w ślicznej, dziwnie malowniczej miejscowości z widokiem na Bielany, Kopiec Kościuszki, nawet na Tatry, które w dzień pogodny rysują się wyraźnie na widnokręgu. Szpital wznosi Wydział Krajowy, kierownikiem jest Dr.

Jan Mazurkiewicz, były dyrektor Kochanówki pod Łodzią, kierownikiem technicznym jest inżynier architektury T. Klimczak. Szpital duży na 700 chorych, zbudowany systemem pawilonowym, obejmuje chorych ostrych i chronicznych; fermy specjalnej nie posiada, sprzeciwia się to przepisom prawa austryjackiego, które nakazuje chorych, którym można udzielić pewnej swobody, oddawać na opiekę rodziny lub gmin, z tego samego względu niema również urządzeń opieki rodzinnej; ferma będzie istniała w postaci mniej jawnej jako pawilony drzwi otwartych, bo w tej postaci nie będzie ona urągała przepisom przestarzałego prawa. Natomiast będzie posiadał Kobierzyn umysłowo chorych przestępców, bo, według prawa austryjackiego, wydziały krajowe winny roztaczać nad nimi opiekę, a szpitale krajowe dawać dla nich pomieszczenie. Oprócz pawilonów zwykłych będą pawilony, w liczbie mnogiej, dla chorób zakaźnych—oddzielne dla ostrych, jaglicowych i skórnych. Pawilonu oddzielnego dla gruźliczych niema, będą oni mieścili się na piętrze infirmerji, budynku (szczególnie ładnie zaprojektowanego) dla chorych niedołężnych, gdzie również mieszczą się leżalnie specjalne.

Dodatnio cechuje Kobierzyn: sliczna miejscowość (grunt wydał mi się zbyt mało przepuszczalnym) bardzo ładna architektura budynków oddzielnych, utrzymanych w jednolitym stylu o wybitnie polskim charakterze, doskonały sytuacyjny plan ogólny, bardzo staranne obmyślenie pomieszczeń oddzielnych. Kobierzyn jest naprawdę, jak powiadają Niemcy, durchgedacht, jest to wielka zasługa kolegi Mazurkiewicza. Do jego braków zaliczyłbym wysoki koszt budowy, który wynosi około 10,300 koron na chorego, zbyt bogate traktowanie budynków zakaźnych, co podnosi znacznie koszt ogólny; teoretycznie jest to zupełnie zasadne, ale praktycznie wydaje mi się przecenione. Uważam, jak będę miał możność dalej wykazać, że o ile koniecznością jest w naszych warunkach posiadanie oddzielnego pawilonu dla gruźliczych (czego właśnie niema w Kobierzynie), to oddzielny pawilon, nawet jeden, dla zakaźnych innych jest praktycznie zbędny. Potrzebom w stosunku do chorób zakaźnych można zaradzić w sposób tańszy a wystarczający. Braki są stosunkowo drobne, natomiast zalety tak duże, że śmiało można powiedzieć, że szpital w Kobierzynie stanie w pierwszym rzędzie szpitali europejskich.

Z Krakowa pojechałem na Morawy, gdzie widziałem krajowy szpital w Kromieryżu, również duży, świeżo wzniesiony, zbudowany w stylu łagodnej secesji wiedeńskiej, zadziwiająco tani, zapewne dzięki stylowi: żelazo—beton, secesja jest najtańszym stylem; koszt łóżka nie dochodzi 5,000 koron t. j. wypada trochę mniej niż 2,000 rs. na chorego, a przytem zaopatrzony we wszystkie potrzeby, posiada oddzielne pawilony dla zakaźnych,

sale zabaw, kościół, gospodarstwo własne, warsztaty. System pawilonowy, podług zwykłego szablonu. Cechuje go dodatnio oprócz taniości doskonale rozwinięte gospodarstwo rolne i ogrodowe z szerokiem stosowaniem pracy chorych, duża dbałość o pracę chorych w warsztatach; ten rys zużytkowania pracy jako czynnika leczniczego i wychowawczego rzuca się w oczy i cęchuje Kromieryż nader dodatnio.

Mniej natomiast zadawalniająco wypada strona naukowa; pracownie są t. j. pomieszczenie na nie, ale nie są one nawet choćby dla pozoru zaopatrzone w narzędzia, nie są nawet umeblowane, chociaż szpital jest czynny już od 7-u lat.

Miejscowość ładna, terytorjum dostateczne, leży tuż pod miastem, oddzielone od niego ogrodem arcybiskupim, przez szosę oddzielony od miejskiego szpitalu powszechnego, z którego w razie potrzeby (chirurgja, akuszerja, pomoc specjalna) korzysta zakład.

Następnie zwiedzałem jeden z trzech szpitali krajowych czeskich w Bohnicach pod Pragą. Szpital otwarty i czynny od 5 lat, ale jeszcze całkowicie niewykończony, z przyczyny zatargów Czechów z Niemcami w Sejmie czeskim, wzajemnej obstrukcji, nieuchwalania budżetu i t. d. Komunikacja zła, tramwaj elektryczny, który miał dochodzić do samego szpitala wskutek przyczyn powyższych kończy się o dobrą godzinę drogi pieszej przed nim. Szpital bardzo ładny w malowniczej miejscowości, pobudowany na obszernem terytorjum niewątpliwe zadużem, gospodarstwo przekracza znacznie granice sił, których może dostarczyć szpital w postaci chorych zdolnych do pracy, zbudowany cały w stylu starego czeskiego budownictwa z wielką troskliwością o utrzymanie tego charakteru i wyzyskanie jego motywów; jak na szpital, wydaje mi się, zbudowany za bogato z pewną, powiedziałbym, parwenjuszowską tendencją zaimponowania innym niż wskutek dążeń, wypływających z rzeczywistych potrzeb dostarczenia chorym wszystkiego, czego leczenie, opieka, pielęgnowanie ich wymaga. Szczególnie ładny pawilon dla gruźliczych, bardzo widny, doskonale przewietrzany, o dużej bardzo kubaturze na chorego. Nauka traktowana tak samo jak w Kromieryżu, pracownie są, ale praca w nich jeszczcze nie zaczęta. Dodatnio cechuje Bohnice ten sam rys co i Kromieryż, bardzo intensywnie rozwinięta praca chorych w gospodarstwie rolnem i w warsztatach.

Z Pragi pojechałem do Lipska, ażeby zwiedzić szpital w Dösen, szpital starszy, istniejący już 18 lat, o architekturze i rozkładzie budynków trochę przestarzałym, ale szpital znakomicie kierowany i prowadzony; dyrektorem jest prof. Lehman, który wywarł na mnie niezatarte i nad wyraz dodatnie wrażenie. W Dösen sprawdziłem, rzecz dla mnie oczywistą oddawna, że

istotą każdej instytucji stanowi człowiek, że materjalna strona może być gorsza, oczywiście w pewnych granicach, jak jest człowiek, o którym powiedzieć można, że jest the right man on the right place, obstoi on za wszystko i za materjalne braki, i za starą architekturę starczy i potrafi utrzymać rzecz na poziomie odpowiednim, bo chce ją na tym poziomie utrzymać. Prof. Lehman stworzył w Dösen nowy typ okna psychjatrycznego, najlepszy na kontynencie, ustępujący tylko typowi okna angielskiemu, lepszy od przyjętego w klinice psychjatrycznej krakowskiej (wzorowanej na Monachijskiej Kräpelina), od okna Kobierzyńskiego, stworzył najlepszy typ klamki, wprowadził kąpiele długotrwałe na świeżem powietrzu, stworzyl typ mieszadła do kąpieli długotrwałych, całkowicie zabezpieczających chorych przed oparzeniem, wprowadził system izolacji dźwiękowej przy budownictwie cementowo betonowem, rzecz niezmiernej wagi w szpitalu psychjatrycznym, ale przedewszystkiem potrafił roztoczyć w szpitalu taką atmosferę pogody, miłego i łagodnego obejścia z choremi, że dał, dla mnie przynajmniej, pomimo przestarzałego budownictwa, wzór zakładu dla umysłowo chorych, do którego żaden ze szpitali (z wyjątkiem szkockich, o których mowa niżej) nie doszedł. Każdego z kolegów, których wędrówki po zakładach psychjatrycznych zapędzą do Saksonji, namawiam gorąco, ażeby wstąpili do Dösen, niech nawet w razie potrzeby nałożą drogi, ale niech dotrą tam, ażeby przekonać się, co może zrobić chęć wytrwała, szczera dbałość o chorego, no oczywiście i wiedza.

Z Lipska pojechałem do prowincji Nadreńskich, gdzie zwiedziłem trzy szpitale Galkhausen, na drodze z Düsseldorfu do Kolonji, Johannistal na linji Düsseldorf—granica belgijska i Bedburg około Cleve na samem pograniczu Holandji. Wszystkie trzy najnowszej konstrukcji, z nich Bedburg otwarty w lipcu r. bieżącego. Szpitale krajowe, z pomieszczeniami dla chorych wszelkiej kategorji, zbudowane podług ogólnego typu: system pawilonowy, pawilony obserwacyjne, dla niespokojnych, spokojnych słabych, zamknięte i pawilony drzwi otwartych, z rozwiniętem gospodarstwem rolnem, pracą warsztatową, salami rozrywek, zaopatrzone we wszystkie najnowsze urządzenia techniczne; szczególnie celuje pod tym względem Bedburg, który pod względem zastosowania techniki współczesnej pobił, jak się to mówi, wszystkie dotychczasowe record'y. Pod tym względem wszystkie trzy szpitale miały zadanie bardzo ułatwione, leżą bowiem w najbardziej przemysłowej okolicy Niemiec. Wszystko szpitale duże, z nich największy Bedburg na 2,200 chorych, największy ze szpitali kontynentu, jedynie Clayburg pod Londynem liczy trochę większą liczbę łóżek. Zwiedzenie szpitala w Bedburg zmodyfikowało w pewnej mierze mój dotychczasowy pogląd, przyjęty

zresztą powszechnie na rozmiar szpitala. Jest ogólnie uznanem, że najlepszą normą szpitala dla umysłowo chorych, krajowego lub miejskiego, leżącego poza miastem, nie maison d'admission, jest liczba 700—800 łóżek. Szpitale większe ze stanowiska psychjatrycznego są niepożądane, dyrektor nie może objąć dobrze większej liczby chorych, nie może utrzymać jednolitości w prowadzeniu szpitala, szpital rozpada się, że tak powiem, na oddzielne części, brak mu tej syntetycznej całości, która jest zasadniczym warunkiem prawidłowego życia szpitalnego, szpital przestaje być wewnętrznie zwartą organizacją, rozłazi się sit venia verbo. Oczywiście, są to rozumowania słuszne, ale nie bezwzględnie t. j. nie są to powody, którym zaradzić nie można, a psychjatryczne względy nie są jedyne, któremi powinniśmy się kierować przy budowie. Zapewne, jeden Dyrektor nie może objąć dwóch tysięcy chorych, ale może być trzech ordynatorów starszych, którzy to zrobią, a jedność i całość organizacji może być doskonale osiągnięta przez zarząd zbiorowy, w którym, przy dobrze rozwiniętem poczuciu solidarności i szczerego koleżeństwa, zamiast jednej osoby, kierownikiem instytucji staje się ciało zbiorowe, które może być tak samo jednolite i wewnętrznie zwarte z tą oczywiście przewagą, jaką daje praca zbiorowa nad pracą jednostkową. Trzeba tylko oczywiście, ażeby poczucie solidarności i koleżeńskie istniało nietylko z nazwy, ale trwało głęboko w świadomości tworzących zbiorowe ciało jednostek, o co oczywiście dosyć trudno, trzeba to wykształtować, wyrobić, ale nie podobnem, przy pewnym poziomie kultury obyczajowej i szczerej dobrej chęci, nie jest. Wielki szpital natomiast daje ten wielki plus, że można tam larga manu zastosować technikę współczesną; przy mniejszym szpitalu tego zrobić niemożna, nie opłaca się, jest zbyt kosztowne, a technika w szpitalnictwie współczesnym odegrywa wielką rolę; dalej wydaje mi się, że pod względem naukowym szpital wielki daje więcej materjału dla prac patologiczno-anatomicznych, bakterjologicznych, chemicznych, serologicznych i innych. Można stworzyć większe muzeum, większe i lepiej zaopatrzone pracownie, mieć nie jednego prosektora, ale kilku badaczy, oddanych wyłącznie opracowywaniu naukowemu materjału dostarczonego przez szpital i t. p. Otóż wszystko to względy poważne, które trzeba dobrze wziąść pod uwagę zanim odrzuci się aprorycznie wielką myśl wznoszenia szpitala większego nad 800 chorych. Gdyby były pieniądze, gdyby nie było tylu innych palących a niezaspokojonych potrzeb, nie wahałbym się zaproponować przyszłemu samorządowi miejskiemu, który kiedyś może przecież nadejdzie, pobudowanie dla Warszawy odrazu szpitala na 2,000 chorych.

Wszystkie trzy szpitale nadreńskie stoją całkowicie na poziomie wymagań współczesnych. Pod względem techniki, jak

wspomniałem, przoduje **Bedburg**, dla wiadomości kolegów, którzy chcieliby go zwiedzić, podaję, że leży on tuż przy stacji Hau, około miasteczka Cleve, trochę w bok od linji głównej—środkowa Europa, Anglja przez Vlissingen, która rozwidla się w Goch i tam trzeba przesiąść się do Cleve (najlepiej przyjechać wieczorem do Cleve, tam przenocować i rano pojechać do Bedburg, kilka minut drogi). Bedburg posiada jedynie ogrzewanie ciepłą wodą, przepędzane silnikiem przez radjatory, woda nie rozchodzi się siłą własnego ciśnienia, lecz jest przepędzana przez rury—Fern warmwasserheizung nazywa się ten typ ogrzewania. Zaopatrywanie pawilonów w wodę odbywa się nie przy pomocy wieży ciśnień, której w Bedburg wcale niema, lecz zapomocą elektrycznych pomp automatycznych, obchodzących się zupełnie bez obsługi ludzkiej a działających jak najrozumniejsze stworzenia, zwiększających pracę w razie większego zapotrzebowania wody, zmniejszających pracę w razie dostatku wody i działających przytem zupełnie sprawnie, regulując same siebie; dziwne wrażenie odbiera się na widok tych aparatów, obchodzących się bez ludzi, a działających jak rozumny, uważny i sumienny człowiek. Posiada dalej Bedburg kolejkę do rozwożenia jadła, bielizny, przywożenia węgla, zapasów, oryginalnej konstrukcji, parowóz bez kotła, ładowany parą na stacji do ciśnienia 9-u atmosfer, a zatem bez paleniska, dymu, ognia, najzupełniej bezpieczny, a przytem o sile zupełnie dostatecznej do potrzeb instytucji. Piece w kotłowni urządzone w ten sposób, że nasypywanie węgla odbywa się automatycznie, kilkanaście kotłów przy mnie obsługiwał jeden palacz, który dozorował sprawność aparatów; cała praca wykonywaną była mechanicznie, automatycznie.

Bedburg wyrabia gaz na miejscu dla potrzeb apteki i pracowni t. zw. Benoit—gas. Jest to także sprawa ważna, elektryczność oczywiście wyrugowała wszędzie gaz, jako środek oświetlenia, ale nie wszędzie mogła go zastąpić jako środek ogrzewania. Możność dostarczenia płomienia gazowego tanim kosztem, tam gdzie go niczem zastąpić nie można, jest sprawą ważną o dużem znaczeniu praktycznem. Benoit—gaz zdaje się rozwiązywać doskonale te zagadnienie.

O wydajności psychjatrycznej, że tak powiem, nowego szpitala nie można wiele pwiedzieć, był czynny wszystkiego jakieś połtora miesiąca; w czasie kiedy go zwiedzałem, robi wrażenie dodatnie, pracownie duże, pięknie urządzone, doskonale zaopatrzone i już czynne i dobrze czynne; oddzielny prosektor.

Galkhausen ślicznie położony, w miejscowości malowniczej, pawilony porozrzucane w lesie, zbudowany bardzo ładnie; z wielką troską o architekturę, z doskonałym planem sytuacyjnym, dobrze przemyślanemi i urządzonemi pawilonami. Szczególnie uderza spokojna i dobra atmosfera psychiczna, duża cisza

nawet w pawilonach dla najniespokojniejszych chorych. Wogóle we wszystkich współczesnych szpitalach dla umysłowo chorych ten rys, że w nich jest cicho, jest uderzający, stwierdza, że przy odpowiedniem urządzeniu pomieszczeń, leżeniu w łóżku i długotrwałych kąpielach, przy staranności o odpowiedni stosunek służby do chorych, można osiągnąć warunki, nie różniące w niczem szpitale dla obłąkanych od szpitali dla innych chorych. Ten rys dominujący ogólnie we wszystkich szpitalach nowszych, szczególnie silnie uwydatnia się w Galkhausen, co stanowi oczywiście cechę nader dodatnio charakteryzującą szpital. Jako brak należy wytknąć zupełne niezaopatrzenie okien, oczywiście miano tutaj na celu nienadawanie charakteru więziennego szpitalowi, ale można to było osięgnąć, zabezpieczając jednakże chorych przed wypadkami, które mogą się zdarzać i zdarzają się naturalnie; na krótko przedemną chora wylazła przez okno na dach, stamtąd skoczyła na ziemię i połamała sobie nogę w dwóch miejscach.

Ten sam brak zauważyłem i w Johannisthal; tutaj również okna są zwyczajne bez żadnych środków zabezpieczenia, wynikiem czego fakt, że w roku ubiegłym uciekło 60 chorych, z nich 40 radykalnie. Pozatem szpital jest bardzo ładny, podobny do Galkhausen, równie malowniczo położony, o ładnej architekturze, zbyt może wielkim rozrzuceniu pawilonów w planie sytuacyjnym. Posiada oddział dla dzieci epileptycznych, przy nim bardzo ładną i doskonale prowadzoną szkołę z zastosowaniem wszystkich metod pedagogicznych w nauczaniu szkolnem i przedszkolnem, boiskami dla zabawy dzieci, własnemi grządkami, gdzie dzieci same dla siebie sadzą kwiaty i warzywa i t. d.

Z nad brzegów Renu pojechałem wprost do Londynu, omijając Amsterdam, który leżał w planie mojej podróży, i gdzie chciałem zwiedzić zakład Deventer'a dla zapoznania się z jego organizacją służby pielęgniarskiej; zostawiłem go na podróż powrotną z Anglii, ale później myśli tej poniechałem, zapoznawszy się z urządzeniami angielskiemi pod tym względem, które stanowiły pierwowzór poczynań Deventer'a. Poznawszy oryginał nie widziałem potrzeby poznawania kopji. W Londynie zwiedziłem jeden szpital dla nerwowo chorych nietyle z potrzeby rzeczywistej ile przez pietyzm dla Feriera, Bastiana, Gowers'a, Hughlings-Jackson'a, którzy tam pracowali i dla Horsley'a, który tam pracuje dotychczas; możność zwiedzenia zawdzięczam D-rowi Wilsonowi, który był moim cicerone angielskim i którego uprzejmości wyjątkowej zawdzięczam całkowicie dodatnie wyniki mojego pobytu w Anglji; widziałem tam przypadek trądu (lepra) bardzo typowy, choroby, z którą nie spotykałem się od opuszczenia Dorpatu, gdzie w okolicach jest ona endemiczną i zawsze na klinice było kilka przypadków dla celów dydaktycznych; przypadek ten ma zamiar Dr. Wilson leczyć injekcjami Salvarsanu; widziałem następnie

trzy szpitale psychjatryczne najnowsze: Napsbury w Middlessex i Long Grove i Horton w Epsom. Szpitale Bethlam, Claybury i Bexley znałem z poprzedniego pobytu w Angji. Wszystkie trzy zbudowane są mniej więcej w jednakowym typie, systemem blokowym; cały szpital wraz ze wszystkiemi ubikacjami gospodarczemi stanowi jeden kompleks budynków, połączonych ze sobą krytemi ogrzewanemi korytarzami, tworząc jednolitą architektoniczną całość. W Napsbury t. zw. hospital infirmecja, oddział dla słabych mieści się w budynku oddzielnym, reszta pawilonów tworzy również blok. System blokowy w ogólnym zarysie polega na tym, że mamy korytarz główny biegnący półkołem, od niego odchodzą jeden lub dwa równoległe korytarze, jak cięciwy łuku, u tych cięciw—korytarzy leżą budynki gospodarcze, przyległe do innych, połączone z niemi, u korytarza głównego, u jego strony zewnętrznej pawilony dla chorych, przyległe do korytarza, połączone z nim, zwykle budynek administracyjny u szczytu półkola, pawilony kobiece z jednej strony, pawilony męskie z drugiej strony.

System ten jest konieczny w Anglji z przyczyn atmosferycznych, częstość, obfitość i niespodzianość opadów stworzyła potrzebę połączenia budynków ze sobą korytarzami, co doprowadziło do ich skupienia i do powstania całego systemu. Co to jest deszcz w Anglji, miałem sposobność stwierdzić doświadczalnie podczas pobytu w Napsbury. Szliśmy z D-rem Blandy z głównego budynku do jego mieszkania w szpitalu (hospital) na herbatę, odległość oczywiście niewielka, byliśmy bez paltotów, bez parasoli, nawet bez okryć na głowę, kiedy najniespodziewaniej spadła taka ulewa, że zanim zdążyliśmy wpaść, byliśmy przemoczeni do nitki. D-r Blandy musiał przebierać się aż do bielizny włącznie, a ja jak zmokła kura musiałem wracać do Londynu. System ten ma tę dobrą stronę, że bardzo zbliża do siebie odległości, ułatwia dozór i pomoc lekarską, co przy olbrzymich szpitalach angielskich przeszło 2,000 chorych jest czynnikiem bardzo ważnym. Skupienie jest bardziej pozorne niż rzeczywiste; każdy pawilon ma swój zupełnie dostateczny ogród, półkolista linja rozkładu budynków sprawia to, że wzajemnie nie odejmują one sobie widoku, odległość jednego budynku jest dostateczna, hałase z jednego nie dochodzą do drugiego; przeważnie kosztowność tego systemu wstrzymywałaby w pewnej mierze od jego zalecania, chociaż kto wie, czy przy ścisłym obrachunku nie okazałoby się, że koszta te nie są tak wielkie i naprawdę posiada system ten tyle stron dodatnich, że może zaproponowałby dokonanie częściowej chociaż próby zaprowadzenia go u nas przynajmniej w ten sposób, ażeby budynki najważniejsze: pawilony obserwacyjne, gwałtownych, może infirmerja, pawilon gospodarczy, kuchnia, administracja z mieszkaniami asystentów tworzyły blok połączonych ze sobą korytarzami budynków oddziel-

nych, a pozostałą część szpitalu utrzymać w charakterze pawilonowym.

Wewnętrzne urządzenie pawilonów przestarzałe: sypialnie, pokoje pobytu dziennego oraz liczne separatki i szalówki (paired rooms) wysłane gumą na wysokość człowieka; niema długotrwałych kąpieli, leżenie w łóżku niestosowane metodycznie, częsta izolacja, chociaż wszędzie bez krępowania chorych. Anglicy są bardzo koserwatywni i niełatwo zmieniają raz przyjęte systemy, trzeba będzie zapewne poczekać jeszcze aż izolacja i paired rooms znikną tam ze szpitali dla umysłowo chorych.

Pozatem oczywiście wszystkie wymagania kulturalne zadowolone w stopniu bez porównania wyższym niż wszędzie na kontynencie. Kominki przeważnie bardzo ładne w pokojach, ściany ozdobione, miękkie meble, żardinierki pełne kwiatów, wszędzie chodniki, froterowane posadzki w szpitalach ogólnych na poziomie takim jaki widuje się na kontynencie tylko w oddziałach pensjonarskich. Pielęgnowanie chorych nic nie pozostawia do życzenia, jest zorganizowane wzorowo, będę miał możność pomówienia o tem przy omawianiu urządzeń szkockich, które pod względem organizacii służby są te same, co w Anglji. Wszystko to razem składa się na obraz dodatni. Pewne zacofanie w dziedzinie kultury umysłowej wynagradza sowicie wysoki poziom kultury obyczajowej tak, iż sądzę, że choremu w szpitalu angielskim pomimo przestarzałej konstrukcji budynków szpitalnych jest lepiej, niż choremu w szpitalu niemieckim, nawet zbudowanym najbardziej „modern". Ogromne parki, obfitość zieleni, duża dbałość, troskliwość o kwiaty i wogóle kulturę estetyczną najlepszego gatunku niemało przyczyniają się do podniesienia wartości szpitala angielskiego. Duże gospodarstwa rolne, wielka zabiegliwość o pracę chorych; jeden ze szpitali Horton, oprócz zwykłych warsztatów spotykanych wszędzie, posiada własną drukarnię i wszystkie druki na potrzeby szpitalne przygotowuje u siebie. Wszędzie pracownie naukowe czynne.

Z Londynu, zaopatrzywszy się w listy rekomendacyjne, pojechałem do Szkocji t. zw. latającym Szkotem (Flying Scotsman— najszybszy pociąg w Europie, który przestrzeń pomiędzy Londynem i Edymburgiem przebywa w niespełna 8 godzin). Poznałem tutaj dwa szpitale Bangour Village pod Edymburgiem i Dykebar pod Paisley około Glasgowa, przyjrzałem się dokładniej t. zw. opiece rodzinnej nad umysłowo chorymi, czemu poświęcam artykuł oddzielny i zapoznałem się z całą wogólności organizacją opieki nad obłąkanemi w Szkocji.

Powiem wprost, organizacja opieki nad umysłowo choremi we wszystkich jej poddziałach jest w Szkocji wzorową, żaden kraj niedorównywa jej na tem polu.

Nie należy utożsamiać Anglji ze Szkocją, są to dwa różne

narody, dwa różne kraje, o różnych obyczajach, odmiennej kulturze, chociaż oba należą do jednego kompleksu państwowego, chociaż ludność obu mówi tym samym językiem. Szkot nigdy nie nazwie siebie Anglikiem, jest Brytańczykiem, obywatelem państwa W. Brytanji, ale przez to nie przestaje być Szkotem. Szkocja przoduje w życiu państwowem brytańskiem, dostarcza Imperjum najlepszych mężów stanu, nauce angielskiej najwybitniejszych uczonych, najlepszych inżynierów, mechaników i t. d. Szkoci są znacznie głębsi i poważniejsi od Anglików, cechuje ich wysoki poziom kultury obyczajowej i etycznej. Te warunki złożyły się zapewne na to, że w dziedzinie psychjatrycznej trzeba uznać ich za przodujący w ludzkości naród. Prawidłowa organizacja opieki nad obłąkanymi w Szkocji zaczęła się od roku 1857 t. j. od chwili powstania t. zw. komisji dla spraw dotyczących umysłowo chorych (Commission of Lunacy), urzędu państwowego, którego wyłącznem zadaniem było uporządkowanie tych praw. Komisja jest czynną dotychczas, nosi nazwę: Wydziału do spraw dotyczących umysłowo chorych (Board of Commissioners of Lunacy) i ma swą siedzibę w Edynburgu. Składa się z 5-u członków mianowanych przez Lorda Provosta (namiestnika królewskiego) z pośród ludzi cieszących się zaufaniem ogólnem: prezesa, dwóch prawników (urzędujących bezpłatnie) i dwóch lekarzy psychjatrów (pobierających stałą pensję i nie zajmujących żagnej innej posady i nie pełniących żadnych innych czynności, oddanych wyłącznie pracy komisji). W rękach komisji spoczywa nadzór nad całością opieki nad umysłowo chorymi w kraju, wykonywanie opieki spoczywa na ciałach samorządnych, kontrola nad ich czynnością należy do komisji; przytem komisja ma w swym ręku znaczną egzekutywę. Skarb państwa dopłaca połowę kosztów utrzymania chorych ubogich w zakładach i opiece rodzinnej; otóż komisja jest szafarzem tego zasiłku, może go cofać, zmniejszać wogóle dysponować nim dowolnie. Jeżeli jakiś urząd samorządny nie spełnia jej zarządzeń, komisja cofa lub ogranicza zasiłek, aż do czasu póki żądania jej nie zostaną spełnione.

To wystarcza. Ten system stwarza, że organizacja cała opieki nad umysłowo chorymi jest jednolita, planowo prowadzona, a opieka nad chorymi w całym kraju równomierna. Niema miejscowości uprzywiljowanych lub upośledzonych w zależności od większej lub mniejszej sprawności ciał samorządnych, bo nad tem czuwa organ naczelny kompetentny, obdarzony zaufaniem ogólnem i władny. Miałem możność osobistego poznania przewodniczącego komisji, wybitnego przemysłowca z Glasgowa, i członka-lekarza komisji D-ra Marra, którzy udzielili mi wszelkich objaśnień i dostarczyli całego materjału statystycznego. Według ich poglądu droga, jaką będzie szedł rozwój psychjatrji

praktycznej w Szkocji, powinna być taka: szpitale-kolonje według typu Bangour Village i Dykebar i opieka rodzinna. Szpitale wyłącznie zamknięte, przytułki dla chroników i t. d. wszystko to będzie zarzucone, tylko te dwa typy będą utrzymane i rozwijane. Zapewniają one całkowitą opiekę nad umysłowo chorymi, są najodpowiedniejsze pod względem leczniczym i ekonomicznym.

Wyłączną uwagę zwróciłem na poznanie tych dwóch szpitali, oraz na zapoznanie się ze sposobem wykonywania opieki rodzinnej. Reszty instytucji nie oglądałem.

Szpital w Bangour Village, otwarty przed 6 u laty przedstawia rzeczywiście wzór, jakim powinien być tego rodzaju zakład.

Położony o niecałą godzinę jazdy od Edymburga, ma własną bocznicę kolejową, w miejscowości bardzo malowniczej, falistej na terytorjum dawnego majątku ziemskiego, którego zabudowania gospodarcze utrzymały się jako ferma szpitalna. System pawilonowy, plan sytuacyjny bardzo ładny, duża troskliwość o architekturę, domy murowane kamienne w stylu swojskim, typ angielskiego gotyku, pawilony obserwacyjne, niespokojne, półspokojne, spokojne, fermy, infirmerja, zakaźnych (puste od otwarcja zakładu, jak wszystkie zresztą, które widziałem dotychczas, ze wszystkich zakładów zwiedzanych, gdzie były oddzielne pawilony zakaźne, nigdy nie były używane dla celu, dla którego były zbudowane), szczególnie piękny pawilon dla gruźliczych cały ze szkła i żelaza, bez fundamentów, na słupach, robi raczej wrażanie altany fotograficznej niż mieszkalnego budynku. Warsztaty, gospodarstwo rolne, pracownie naukowe, sale operacyjne, pawilon rozrywek, sklep kooperacyjny i kawiarnia i t. d. Łóżek przeszło 600.

Bangour Village stoi całkowicie na wysokości współczesnych wymagań psychjatrycznych, przoduje analogicznym szpitalom na kontynencie, przewyższa angielskie, które, jak zaznaczyłem, są w budowie przestarzałe, ale ma tą przewagę nad szpitalami Austrji, Niemiec, Francji, że ma tak zorganizowaną jak nigdzie pomoc pielęgniarską. Opiekę nad chorymi sprawują prawie wyłącznie kobiety—nurse. Każda kandydatka na pielęgniarkę, wstępując do szpitala na próbę na 3 miesiące, po tym czasie albo zostaje usunięta albo przyjęta, zobowiązując się na 3 lata pozostać w szpitalu; w tym czasie przechodzi szkołę, co rok składa agzaminy według przepisanego programu, wreszcie egzamin końcowy przed delegatami Stowarzyszenia Medyczno-Psychologicznego (Medico-psychological Association) poczem otrzymuje certyfikat, który ją upoważnia do pełnienia obowiązków nurse, emerytury, podwyżki pensji i t. d. Pielęgniarki mieszkają oddzielnie, mają osobny dom Nurses Home, gdzie każda ma swój pokój dobrze, nawet elegancko umeblowany, oprócz tego szereg pokojów wspólnych.

Warunki materjalne dostateczne, zaczyna od 200 rs. rocznie przy wszystkiem gotowem, a dochodzi do 400, 600 nawet 1,500 rb. rocznie, po 20 latach ma prawo do emerytury według wspólnej dla wszystkich urzędników państwowych i komunalnych normy—pensja ostatnia podzielona przez 50 i pomnożona przez ilość wysłużonych lat, np. pielęgniarka, która doszła do pensji 600 rs., po 30 latach będzie pobierała emerytury $\frac{600}{50} \times 30 = 360$ rs. rocznie.

Wysoki poziom obyczajowej kultury szkockiej, znakomita organizacja służby pielęgniarskiej przy zupełnem uwzględnieniu współczesnych wymagań naukowych stawiają szpital w Bangour Village na czele wszystkich instytucji psychjatrycznych Europy.

Szpital w D y k e b a r jest mały, 290 chorych, na potrzeby niewielkiego hrabstwa Renfrew, leży o parę kilometrów od Paisley około Glasgowa. Posiada hospital t. j. po dwa skrzydła, rozchodzące się pod kątem od głównego budynku, administracja, mieszkania lekarzy, sala operacyjna, pracownie, jedno dla chorych obserwacyjnych, drugie dla słabych (infirmerja), oraz pawilony oddzielne zamknięte i otwarte, warsztaty, gospodarstwo rolny. Wzór małego szpitala dla umysłowo chorych, który powinne przyjąć nasze mniejsze ziemstwa przyszłe i mniejsze gminy miejskie.

Nie mogę nie zaznaczyć szczególnej uprzejmości i uczynności, jakiej dowody znalazłem w Szkocji; nie mogę skarżyć się, wszędzie widziano mnie chętnie i pokazywano wszystko, ale nigdzie tak jak w Szkocji, a tu szczególnie w Baugour Village.

W podróży powrotnej wracałem ze Szkocji przez Leith, port Edymburga do Hamburga (jest to droga najwygodniejsza i najprzyjemniejsza, oczywiście dla tych co nie chorują na morzu, trwa około 40 godzin, a kosztuje w I-ej kl. tyle co przejazd koleją w III-ej z Edymburga do Londynu—25 rubli).

W Hamburgu zwiedziłem dwa szpitale F r i e d r i c h s b e r g psychjatryczny i S t. G e o r g — ogólny. Szpital Friedrichsberg stary, nie zachwycił mnie ani porządkiem, ani czystością, ładne muzeum patologiczno anatomiczne, pracownie w starem lichem pomieszczeniu, ale intensywnie czynne. Ciekawy rys tego szpitale to zwierzyniec, antylopy, sarny, małpy, masy ptactwa rozmaitego w pięknym parku szpitalnym. Widocznie sąsiedztwo Hagenbecka wywarło wpływ i na miejscowy zakład dla umysłowo chorych. W szpitalu powszechnym zwiedzałem wzorowe oddziały chirurgiczne i nie mniej wzorowe zakaźne. Z Hamburgu pojechałem do Berlina, gdzie zwiedzałem tylko jeden szpital

w Teupitz, inne—jak Dahldorf, Herzberge i Biesdorf znałem z podróży poprzednich.

Szpital krajowy dla prowincji brandenburskiej w Teupitz niewątpliwie najlepszy z Berlińskich i jeden z najlepszych niemieckich. Doskonale rozplanowany, o bardzo starannem i pięknem staroniemieckiem budownictwie, z doskonale rozwiniętem gospodarstwem rolnem i pracą warsztatową, z dobrze psychjatrycznie przemyślanemi budynkami oddzielnemi, pięknie położony, na terytorjum szpitalnem duże jezioro; ma doskonały typ okien, ramy okna zewnętrznego obracają się na osi pionowej, wewnętrzne okno zwykłe, lepszy niż w Bohnicach, gdzie obie ramy niepotrzebne, obracają się na osi pionowej, co bardzo komplikuje system. Nieszczególne środki komunikacyjne, godzina drogi od dworca Zgorzelickiego (Görlitzer Bhf), leżącego gdzieś na skraju miasta, 30 minut od stacji kolejowej bardzo lichym omnibusem.

Reasumując przydługie może wrażenia z wycieczki, pozwalam sobie jej wyniki ująć w szeregu założeń następujących:

1) Typ wybrany przez komisję jest najzupełniej właściwy, odpowiada całkowicie współczesnym wymaganiom naukowym. Szpital miejski lub krajowy powinien obejmować całość zadań psychjatrycznych: składać się z części zamkniętej i otwartej, pierwsza rozpadać się powinna na część ściśle leczniczą ze szczególnem uwzględnieniem leżenia w łóżku i kąpieli długotrwałych i część, gdzie warsztatowa praca chorych traktowana metodycznie wchodzi jako zasadniczy czynnik leczniczy i wychowawczy, i otwarty, złożony z pawilonów drzwi otwartych, fermy i urządzeń opieki rodzinnej, jako ogniwa przejściowego od szpitala do właściwej opieki rodzinnej wykonywanej poza szpitalem. Oprócz wszystkich potrzebnych urządzeń leczniczych winien taki, szpital-kolonja posiadać własne gospodarstwo rolne, mocno rozwinięty chów bydła, trzody chlewnej i drobiu i ogrodowe, warzywne i kwiatowe, cieplarnię, warsztaty rzemieślnicze, sale zajęć, sale rozrywek, salę balową, teatralną, kręgielnię, tenis, własny szpital z salą operacyjną, pomieszczenia dla zakaźnych, osobny pawilon dla gruźliczych. Chorzy wszelkich kategorji powinni znaleść tam pomieszczenie—ostrzy i przewlekli. Dzieci, alkoholicy i epileptycy powinni być leczeni w zakładach specjalnych. Pożądanem jest również za przykładem prawodawstwa angielskiego oddzielenie upośledzenia umysłowego od chorób umysłowych sensu strictiori.

Projekt opracowany przez komisję z nieznacznemi zmianami i uzupełnieniami nadaje się całkowicie do wykonania.

2) Ważnym czynnikiem w szpitalnictwie współczesnem jest strona techniczna. Technologja obecna rozwinęła się nadzwyczajnie, ułatwia to bardzo zadanie budownictwa szpitalnego, ale również niezmiernie je komplikuje, bo nakłada na osoby,

którym budowę poruczono, obowiązek zapoznania się ze wszystkiemi zdobyczami techniki i krytycznej ich oceny. Doświadczenie innych oczywiście ogromnie ułatwia to zadanie. Wydaje mi się, że najlepsze ogrzewanie jest te, które widziałem w Bedburg— Fernwarmwasserheizung, stamtąd również wziąłbym urządzenia wodociągowe i kotłowe, kolejkę; kanalizacja spławna o filtracji biologicznej, ściek z pawilonów zakaźnych spuszczać można bez obawy do wspólnych zbiorników, badania prof. Bądzyńskiego, przeprowadzone specjalnie ze względu na Kobierzyn, ustaliły to całkowicie, specjalnie odkazać ich niemożna, bo tym psuje się cały system filtracji bakterjologicznej, jeżeli zajdzie konieczność odkażania odchodów, to trzeba je wpuszczać gdzieindziej do dołów specjalnych, nigdy do kalizacji wspólnej, kanalizacja dla wód deszczowych powinna być oddzielono i nie przechodzić przez stację biologiczną. Podłoga—klepka najlepiej dębowa, może być i sosnowa froterowana, podłoga w łazienkach z drzewa Teak, — sosny Burmy, drzewa, z którego robią pokłady na statkach, woda go niebierze, daje podłogę ciepłą, łatwą do czystego utrzymania. Okno angielskie, niewątpliwie typ najlepszy, obywa sią zupełnie bez krat a daje całkowite zabezpieczenie od wypadków. Pozwala na łatwą wentylację, każdy chory sam może je bezpiecznie zamykać i otwierać. Klamki, mieszadła do wanien z Dösen; stamtąd również wzór kąpieli długotrwałych na świeżem powietrzu. Urządzenie szpitalika, a w nim choć jednej wanny, w której chory może leżeć w łóżku dniem i nocą, dla rakowatych, z cierpieniem rdzenia wogóle przy silnych bólach według typu St. Georg. Okna w pawilonie gruźliczym według typu Teupitz. Ściany wewnętrzne tynkowane, pokryte farbą klejową, a lamperja na wysokość człowieka farbą emaljową. Izolacja dzwiękowa według typu przyjętego w Dösen — system Baurat Enke w Lipsku.

3) Zasadniczą stronę współczesnego życia szpitalnego stanowi nauka; przestała ona być teoretycznym zbytkiem, lecz stała się praktyczną koniecznością. Pracownie naukowe: patologiczno-anatomiczna, chemiczna, serologiczna, bakterjologiczna i psychologiczna, oto konieczne współczynniki każdego szpitala współczesnego, ja bym połączył junctim z niemi i posadę prosektora. Powinien być w szpitalu przynajmniej jeden człowiek wolny od lekarskiej działalności praktycznej, oddany wyłącznie tylko naukowej pracy. Bez tego, jak przekonało mnie doświadczenie zdobyte w wycieczce, niema nauki w szpitalu, pracownie stoją pustkami, nikt w nich nic nie robi, stają się zbyteczne. I nie może być inaczej—rózwój nauki współczesnej jest tego rodzaju, że opanowanie całkowite jej metod jest możliwe tylko przy wyłącznem oddaniu się nauce. Lekarze szpitalni mogą i chcą pracować naukowo, ale muszą mieć kierownika, a przynamniej doradcę fachowo przygotowanego,

ktoryby im w tem dopomógł i zadanie ułatwił, bez tego nie będą nic robili pod względem ściśle naukowym. Zajmą się wyłącznie stosunkiem do chorych, opracowywanie naukowe materjału szpitalnego będzie leżało odłogiem. Będzie na tem cierpiał szpital i chorzy. Koniecznem jest obstawienie szpitala wszystkimi metodami badania naukowego, ale także i człowiekiem, któryby niemi kierował i za nie odpowiadał.

4) Dalej pierwszorzędnym czynnikiem prawidłowego funkcjonowania szpitala współczesnego dla umysłowo-chorych jest organizacja jego służby pielęgniarskiej. Stanowiła ona zawsze jego kardynalną potrzebę, ale potrzeba ta staje się bezwzględnie nieodzowną w szpitalu współczesnym przy jego budowie, zupełpełnem usunięciu pokojów izolacyjnych i szałówek, wszelkich skrępowań chorych i ich zabezpieczeń. Oparcie całkowite sprawy bezpieczeństwa człowieka nie na urządzeniach mechanicznych lecz na uwadze i sumienności pielęgniarki. Ten wzgląd stwarza również pewnego rodzaju junctim współczesne budownictwo i urządzenia szpitalne, ale i współczesna organizacja służby pielęgniarskiej. W szpitalu współczesnym nie może być miejsca dla źle płatnych, źle odżywianych, pomieszczonych jak zwierzęta, zupełnie niewykształconych, brutalnych, niewymytych, niechlujnych kocmołuchów i posługaczy, lecz musi znaleść się miejsce dla kulturalnej, fachowo wykształconej, dobrze zaopatrzonej i zapłaconej służby pielęgniarskiej. Jedno bez drugiego jest nie do pomyślenia. Kto chce zbudować nowy szpital według wzorów współczesnych, a zostawić w nim porządki dawne, ten lepiej niech nic nie buduje. Niech trzyma dalej chorych w kaftanach, w zamknięciu, w starych murach za kratami, oddanych na łaskę, a oczywiście najczęściej niełaskę brutali i barbarzyńców. Nie będzie miał przynajmniej złudzeń, że jego urządzenia psychjatryczne są kulturalne; będą to tylko pozory kultury, będzie przypominało człowieka oberwanego, brudnego ale w cylindrze na głowie. Wzór jest gotowy angielski i szkocki — stwierdzony długoletniem doświadczeniem, doskonale wypróbowany — trzeba go całkowicie bez zmian i modyfikacji przenieść do naszych warunków i zastosować. Nasz materjał ludzki jest doskonałym materjałem kulturalnym, trzeba tylko zająć się nim, dać mu tę kulturę, której mu brakuje. Winni o tem pomyśleć lekarze przyszłego zakładu, na nich bowiem spoczywa ten obowiązek i odpowiedzialność.

5) Wreszcie punkt niemniejszej wagi, który w pewnej mierze może poprzednie ogranicza (więcej pozornie niż w rzeczywistości), to wzgląd oszczędnościowy.

Potrzeby opieki nad umysłowo chorymi wzrosły wszędzie tak niepomiernie, że przekraczają granice sił i środków nawet gmin bogatych. Cóż tu mówić o gminach biednych albo takich, które mają całe szeregi potrzeb najpilniejszych zupełnie nieza-

opatrzonych. Najwyższa oględność w szafowaniu groszem publicznym, najzabiegliwsza oszczędność jest tutaj konieczną.

Ale trzeba pamiętać przytem o doskonałej zasadzie francuskiej c'est le bon marché qui ruine. Rozumna oszczędność nakazuje nie skąpić na nakłady potrzebne, rzeczywiście ważne, nakazuje nie kupować lichoty, nie robić czegoś w sposób jakiś dlatego tylko, że jest on najtańszy, ale nakazuje, pilnie bacząc na każdy wydany grosz, nie skąpić go na rzeczy ważne i wartościowe, odrzucając wszystko co jest niekorzystne i zbędne. Otóż, jeżeli zostaną wzięte pod uwagę wszystkie powyżej wyszczególnione względy, dokonaną zostanie ich synteza tak, że powstanie jednolita, wewnętrzna zwarta całość wymagań naukowych, budowlanych, technicznych, organizacyjnych i gospodarczych; można być spokojnym, że wzniesiony na tej podstawie przyszły szpital warszawski dla umysłowo chorych odpowie całkowicie zadaniu, będziemy mieli instytucję kulturalną, która nieodbiegnie daleko od najlepszych wzorów zachodnich.

TREŚĆ ZESZYTU IX TOMU II.

PSYCHJATRJA.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Do zes. 9 go dołączone są tablice z rysunkami do pracy W. Chodźki p. t. „Przypadek porażenia postępującego z objawami choroby Parkinsona," drukowanej w zes. 8-ym.

Redaktor i wydawca: DR. LUDWIK DYDYŃSKI.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka № 17.